VAD-studiedag

over alcohol & andere drugs • donderdag 18 november 2004

referatenbundel

Leven in een risicomaatschappij

Craving

Evalueren in de alcohol- en drughulpverlening

Internetverslaving

Illegale drugs en overheidsuitgaven

VAD • Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen • E. Tollenaerestraat 15 • 1020 Brussel • www.vad.be

INHOUD

Inleiding 1

Welzijn in een risicomaatschappij. 3
Gevolgen van toenemende vrijheid, prestatiedruk en onzekerheid

Craving: een complex fenomeen 11

Evalueren in de alcohol- en drughulpverlening 17

Internetverslaving: hoax of serieuze bedreiging voor de geestelijke gezondheidszorg? 19
Een onderzoek naar psychosociale problemen tengevolge van internetgebruik

I. Omgaan met alcohol- en druggebruik in een risicomaatschappij **25**
1.1 Omgaan met drug- en alcoholproblematiek in de OCMW-sector 25
1.2 Drugproblematiek in de Bijzondere Jeugdzorg: de aanpak van De Plan-Aid 27
1.3 Een alcohol- en drugbeleid in Alternatief, centrum voor begeleiding van kansarmen naar tewerkstelling 29

II. Craving: hoe pak je dit therapeutisch aan? **31**
2.1 Farmacotherapeutische benadering van craving 31
2.2 Gedragstherapeutische aanpak van craving 33
2.3 Bewegingstherapie en craving 35
2.4 Psycho-educatie en craving 37

III. Evalueren in de alcohol- en drughulpverlening: een blik op de praktijk **41**
3.1 Het evalueren van het observatietherapieplan in Kliniek De Pelgrim aan de hand van het IKZ-denkmodel 41
3.2 Evaluatie van de dienstverlening/Integrale Kwaliteitszorg (IKZ): een meerwaarde voor de behandelingsunits Ter Dennen en Pathways 43
3.3 Evalueren volgens EFQM in de drughulpverlening 47
3.4 Ervaringen van een wetenschappelijk onderzoeker bij evaluatieonderzoek in de alcohol- en drughulpverlening 53

IV. Illegale drugs en overheidsuitgaven: welke keuzes maken? **55**
Drugbeleid in cijfers. Een studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doeleinden 55

INLEIDING

Omdat het concept van onze studiedagen de laatste jaren goed blijkt aan te slaan, kiezen we opnieuw voor dezelfde formule: een ruim ontmoetingsforum bieden voor al wie op de één of andere manier met de alcohol- en drugthematiek begaan is. We richten de spotlights op een waaier relevante en actuele thema's waar ieder vanuit zijn eigen werkaccenten zijn gading kan vinden.

De vijf thema's die wij vandaag op onze VAD-studiedag 2004 belichten zijn: leven in een risicomaatschappij, craving, evalueren in de alcohol- en drughulpverlening, internetverslaving en overheidsuitgaven ten aanzien van de illegaledrugthematiek.

De eerste vier thema's worden theoretisch gekaderd tijdens de plenaire sessies in de voormiddag. We starten met een breed thema: leven in een 'risicomaatschappij'. We staan stil bij de impact die diverse ontwikkelingen in onze huidige samenleving kunnen hebben op het zoeken naar of het werken aan het welzijn van het individu.
Met de tweede presentatie duiken we expliciet de alcohol- en drugthematiek in en dit met een thema dat onlosmakelijk verbonden is met de problematiek van middelenmisbruik, namelijk 'craving'. Inzicht krijgen in dit complexe fenomeen van 'onweerstaanbare zucht' is niet alleen relevant voor medewerkers met een begeleidings- en behandelingsopdracht. Een beschouwing vanuit een breder evolutionair en maatschappelijk kader kan ieders (werk)visie verruimen.
Met de derde presentatie focussen we op de hulpverlening en zetten we het aspect 'evalueren' in de kijker. Kwaliteit van de zorg is één zaak, de keuze van de evaluatiestrategie een andere. De spreker neemt ons mee in een conceptueel verhaal waarin hij het belang van 'uitkomstenmanagement' benadrukt en illustreert met Nederlandse ervaringen.
Tot slot sluiten we de voormiddag af met een nieuwe vorm van 'verslaving': internetverslaving! Welke proporties dit kan aannemen en hoe verontrustend signalen hierover zijn, vernemen we van een Rotterdams onderzoeker die niet alleen in de literatuur gedoken is maar ook gebruikers en hulpverleners heeft bevraagd.

Mevrouw Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin of een medewerker van haar kabinet sluit het voormiddaggedeelte af met een korte toespraak.

In de namiddag gaan drie sessies dieper in op de respectievelijke topics van de voormiddag, met aandacht voor toepassingen in onze eigen praktijk.
In sessie 1 stellen de bijzondere jeugdzorg, het OCMW en de sociale economie voor hoe onze risicomaatschappij specifiek van invloed is op de alcohol- en drugthematiek en hoe ze ermee omgaan in hun specifieke sector.
In sessie 2 leggen diverse hulpverleningsdisciplines uit hoe zij bij hun cliënten het craving-aspect therapeutisch aanpakken.
In sessie 3 wordt aan de hand van enkele Vlaamse praktijkvoorbeelden geëxploreerd hoe evaluatieactiviteiten in de alcohol- en drughulpverlening geïmplementeerd kunnen worden.
In sessie 4 presenteren we de resultaten van het onderzoek 'Drugbeleid in cijfers', wat wij u vorig jaar op de valreep hebben moeten ontzeggen. Op basis hiervan bediscussiëren enkele beleidsmedewerkers, een ethicus en een vertegenwoordiger van VAD, de vragen en bedenkingen van het werkveld. Dit gebeurt aan de hand van een aantal stellingen die sleutelfiguren uit de alcohol- en drugsector zullen aanbrengen.

Deze referatenbundel wil een neerslag zijn van de inbreng van alle sprekers. We kozen voor uitgebreide teksten van de plenaire uiteenzettingen en een synthetische weergave van de presentaties van de panelleden in de namiddagsessies.

Verder zal het de aandachtige deelnemer niet ontgaan zijn dat ook de DrugLijn op deze studiedag aanwezig is. Die aanwezigheid gaat zo ver dat ook deze referatenbundel er niet aan ontsnapt. Om het tienjarig bestaan van de lijn mee kleur te geven, hebben we de bundel met veel plezier gelardeerd met een aantal (vaak verrassende) weetjes!

Veel luister- en leesplezier!

10 jaar DrugLijn, 5 weetjes

Eerste weetje

Hallo, met de DrugLijn?

Wie als vrijwilliger aan de slag kan bij de DrugLijn, moet bewijzen wat meer in zijn of haar mars te hebben dan een goede openingszin. De DrugLijn organiseert bijna elk jaar een opleiding van nieuwe beantwoorders. In totaal werden meer dan 70 mensen opgeleid.

Een kort overzicht van het vormingsparcours dat een kandidaat-vrijwilliger doormaakt:

- een theoretische vorming van 5 avonden en 3 zaterdagen,
- een tussentijdse evaluatie en kennistest,
- 3 stages waarin meegeluisterd wordt bij ervaren beantwoorders,
- minimum 5 stages waarin zelf beantwoord wordt, met ondersteuning van een ervaren beantwoorder.

Als al deze watertjes doorzwommen zijn, zijn we al snel 3 à 4 maanden verder en heeft de kandidaat-vrijwilliger meer dan 50 uur vorming achter de kiezen. Daarna volgt een gesprek ter afronding van de opleiding en kan de vrijwilliger echt aan de slag. Vanaf dat moment volgen halfjaarlijkse evaluatiemomenten en wordt zijn of haar aanwezigheid verwacht op 8 vormingsavonden. Elke vrijwilliger vervult 3 uur telefoonpermanentie per week.



WELZIJN IN EEN RISICOMAATSCHAPPIJ.
GEVOLGEN VAN TOENEMENDE VRIJHEID, PRESTATIEDRUK EN ONZEKERHEID

Dr. Dirk Geldof
doctor in de sociologie en kandidaat in de wijsbegeerte

Nog nooit was onze materiële rijkdom zo hoog, maar vele mensen hebben het gevoel dat het aan tijd ontbreekt om ervan te genieten. Nog nooit wilden zoveel mensen een betaalde baan, maar er blijft een omvangrijke werkloosheid. Nog nooit hadden zoveel mensen een betaalde baan, maar toenemende productiviteitsdruk en flexibiliteitseisen maken werk en privé-leven steeds moeilijker te combineren. Nog nooit hadden individuen zoveel vrijheid, maar nog nooit voelden mensen zich zo hulpeloos om met die vrijheid om te gaan. Om mee te kunnen in een steeds sneller en veeleisender prestatiemaatschappij doen steeds meer mensen beroep op hulpmiddelen, om zich extra in te spannen of om zich nog te kunnen ontspannen. Druggebruik kan niet los worden gezien van de samenleving. In deze bijdrage plaats ik kanttekeningen bij de maatschappelijke evolutie naar een (te) veeleisende risicomaatschappij.

In een eerste deel belicht ik de overgang naar de risicomaatschappij. Vervolgens reflecteer ik op de vraag wat deze ontwikkelingen als weerslag hebben op het zoeken naar of het werken aan welzijn voor iedereen in onze risicomaatschappij.

1. Welkom in de risicomaatschappij

We leven niet langer in een industriële maatschappij. Met de Duitse socioloog Ulrich Beck noem ik onze maatschappij een *risicomaatschappij*. We kunnen deze risicomaatschappij aan de hand van twee ruime kenmerken typeren. In de eerste plaats vormen de conflicten van de industriële maatschappij -met de sociale strijd om de verdeling van de rijkdom en de opbouw van sociale rechten en sociale zekerheid als centrale inzet- niet langer meer de belangrijkste verdelingsstrijd. Die verdelingsstrijd draait vandaag in toenemende mate om een verdeling van de *risico's*. Op bijna alle domeinen van het leven proberen we (slechte) risico's te vermijden of risico's goed in te schatten. Omdat we nooit alle informatie hebben, en omdat de risico's niet volledig beheersbaar zijn, gaat dat gepaard met een sterke *onzekerheid* waaraan individuen het hoofd moeten bieden.

In de tweede plaats bieden de instituties van de industriële maatschappij onvoldoende houvast om de (nieuwe) risico's het hoofd te bieden. De arbeidsmarkt is al 25 jaar uit evenwicht. De sociale zekerheid biedt wel een relatief doelmatig vangnet tegen armoede, maar de uitkeringen betekenen nog geen maatschappelijke integratie. Het huwelijk heeft al lang niet meer het monopolie om relaties tussen man en vrouw vorm te geven, laat staan dat relaties nog per definitie voor het leven zouden zijn. Ook de wetenschap is gedeeltelijk uit haar ivoren toren gedonderd en allerlei wetenschappelijke methoden en technologische ontwikkelingen zijn meer dan ooit onderwerp van maatschappelijk en politiek debat en controverse.

Ik onderscheid als vier belangrijkste risicoclusters de sociaal-economische risico's, de ecologische risico's, de individualiseringsrisico's en tenslotte tijdsrisico's. Hoe vormen zij telkens een bedreiging van ons welzijn?

1.1 Sociaal economische risico's

De *sociaal-economische risico's* leunen het sterkst aan bij de oude sociale strijd. Het gaat om de verdeling van rijkdom, of omgekeerd om de verdeling van het risico op armoede, op werkloosheid of op sociale uitsluiting. Toch verschillen de sociaal-economische risico's in hun verschijningsvorm van deze in het begin van de 20ste eeuw. Vandaag, in de globaliserende economie, biedt de omvangrijke sociale wetgeving en sociale bescherming in de welvaartsstaat onvoldoende antwoord op de wereldwijde economische ontwikkelingen, die door een oprukkende marktlogica worden gekenmerkt. Niet alleen de uitgeslotenen van de arbeidsmarkt voelen dit, ook diegenen van wie een alsmaar grotere productiviteit en flexibiliteit wordt verwacht, vaak ten koste van hun leven buiten de arbeidsmarkt.

Arbeid en gezin, of ruimer arbeid en andere sociale activiteiten, worden voor velen steeds moeilijker te verzoenen naarmate de eisen op de arbeidsmarkt toenemen.
De symptomen zijn duidelijk: stress, burn out, ziekteverlof, zeer hoge consumptie van pepmiddelen én kalmeermiddelen, ...

Traditionele sociale organisaties als vakbonden proberen hun werking aan te passen om greep te krijgen op deze evoluties. Op macroniveau gebeurt dit onder meer door het opzetten van internationale ondernemingsraden en het uitbouwen van een wereldwijde werking. Toch verzeilen ook zij meer en meer in pogingen om risico's te delokaliseren, zeker wanneer bij wereldwijde reorganisaties de discussie draait rond de vraag waar bedrijfssluitingen zullen plaatsvinden. De sluitingen van Renault of de recente afslanking van Ford vormen hiervan schoolvoorbeelden. Op bedrijfsniveau begeleiden zij werknemers in het omgaan met de toenemende risico's en de spanning tussen werk en leven. Een belangrijk deel van de sociaal-economische risico's wordt echter geïndividualiseerd en komt op de schouders van de gezinnen en individuen terecht (zie 1.3).

1.2 Ecologische risico's

De tweede groep vormen de *ecologische risico's*. Het gaat hier om door de mens (rechtstreeks of onrechtstreeks) gecreëerde risico's. In de tweede helft van de 20ste eeuw bestaat er een ongekende vernietigingscapaciteit tegenover de wereldwijde ecosystemen. Op militair vlak bestaat er een nucleaire en chemische vernietigingscapaciteit die voldoende is om alle menselijk (en dierlijk) leven op aarde te beëindigen. Nucleaire of chemische risico's en calamiteiten hebben wereldwijde gevolgen: van Tsjernobyl tot het gat in de ozonlaag, van de vernieling van de regenwouden tot het broeikaseffect, van de drastische afname van de biodiversiteit tot de zure regen, van de uitputting van de grondstof- en zoetwatervoorraden tot genetische afwijkingen.

Op lokaal vlak organiseren tal van actiegroepen en buurtcomités de sociale strijd om ecologische risico's uit hun buurt of leefwereld te houden. Denken we hierbij maar aan actiegroepen die strijden tegen verbrandingsovens, tegen bijkomende spoor- of wegeninfrastructuur, tegen nieuwe containerterminals, hinderlijke inrichtingen of verkeersoverlast, ... Mensen komen op voor de kwaliteit van hun directe leefomgeving, voor de kwaliteit van hun voedsel, hun woonomgeving, hun lucht, hun water, hun toekomst en die van hun kinderen. Het besef groeit dat het noch bij de verre, noch bij de nabije risico's om toevallige of externe (neven)effecten van ons economisch systeem gaat. Ecologische risico's komen integendeel rechtstreeks voort uit de manier waarop ons productiesysteem is georganiseerd. Ze vloeien voort uit de manier waarop we ons economisch en sociaal leven vorm geven.

1.3 Individualiseringsrisico's

Als derde groep kennen we de *individualiseringsrisico's*. De individualiseringsprocessen bij de overgang naar een industriële maatschappij betekenden voor de mensen een geleidelijke bevrijding van een religieuze en pre-industriële maatschappij, van de strenge waarden en normen die hun leven bepaalden. Vandaag gaat het om de overgang van een industriële maatschappij naar de turbulente risicomaatschappij, waarbij de individuen met de meest uiteenlopende globale en persoonlijke risico's moeten leven.

1.3.1 Naar een geïndividualiseerde keuzebiografie

Toegepast op het dagelijkse leven is individualisering dan de wens van mensen om te kunnen kiezen tot welke groep ze toetreden en om binnen de groepen waarin ze zich verenigen hun eigen identiteit te bewaren. Volgens Beck en Beck-Gemsheim (1990: 12-13) staat de verwachting centraal dat individuen steeds meer *hun eigen biografie schrijven*. Dit gebeurt niet terugblikkend aan het eind van het leven, maar tijdens het leven, iedere dag weer. Onze normale biografie wordt met de dag meer een *keuzebiografie*, waar keuzevrijheid samengaat met de verplichting om te kiezen. De mogelijkheid om de eigen biografie te schrijven gaat samen met een groeiende dwang om dat te doen. Het is voor het individu geen gemakkelijke opdracht: steeds meer de verantwoordelijkheid voor de eigen biografie dragen.

Het individu dat haar of zijn eigen biografie moet schrijven, het zelf als beeldhouwwerk, het knutselende individu, het ik als manager van de rollen, als een ontwerper, een puzzelaar, een regisseur van de eigen biografie. Het zijn telkens andere metaforen die de keuzevrijheid én de keuzedwang in beeld proberen te brengen. Het individu wordt daarbij niet alleen op zichzelf teruggeworpen, maar vanuit zijn relatieve zwakte eveneens op de markt.

1.3.2 Een keuzebiografie met een brede waaier aan broze relaties

De individualiseringsrisico's liggen misschien het meest voor de hand op relatievlak. Het huwelijk, de klassieke institutie waarin relaties vorm kregen, staat op de helling en verandert van karakter: een engagement een leven lang wordt in de praktijk een engagement een liefde lang. Tot de dood ons scheidt wordt tot we onszelf scheiden, of tot één van beide zich afscheidt. Huwelijken worden veel meer dan vroeger verbroken door echtscheidingen. We kennen vandaag kwetsbare huwelijken en een diversificatie van de gezinsrelaties.

Naast het klassieke huwelijk zien we andere leef- of samenwoonvormen opgang maken. Het klassieke beeld van mannetje-vrouwtje-huwelijk-kindjes kent vandaag ontelbare varianten. Alleenstaande moeders en uitzonderlijk ook vaders met kinderen, homo of lesbo-koppels, soms met geadopteerde kinderen. Nieuw samengestelde koppels met kinderen uit vorige relaties, tijdelijke alleenstaanden tussen twee relaties, niet samenwonende koppels (living apart together), samenlevingscontracten, bewust kinderloze koppels, vriendschapsrelaties met vroegere partners of alleenstaande goede vrienden die soms seksuele partners zijn zonder een echte relatie: relaties, seksuele contacten en vriendschappen kennen vandaag ontelbare vormen. Maar telkens zien we een zekere normalisering van de broosheid: relaties duren een liefde lang.

1.3.3 Zappend door de arbeidsmarkt: haal eruit wat erin zit

Een tweede domein waar individualiseringsrisico's het sterkst spelen is dat van de arbeidsmarkt. Nog nooit was het hebben van een job, het verrichten van betaalde arbeid zo cruciaal in een persoonlijke biografie. Je moet je carrière plannen. Lees Vacature en haal eruit wat erin zit! En op een dag vind je de job van je leven ... en dan ben je weg natuurlijk. Je moet niet éénmaal een job vinden, maar het ideaalbeeld is een dynamische werknemer die flexibel en productief zijn of haar carrière uitbouwt als belangrijkste levensdoel. Met de opkomst van het tweeverdienersmodel is zeker bij jonge en hoger geschoolde koppels dit een beeld voor man én vrouw. Beide partners moeten voortdurend keuzes maken over hun carrière. Verkeerde keuzes dreigen misstappen in de carrièreplanning te worden. Of bedreigen het familiaal leven. En een goede carrièrekeuze kan een familiale keuze bedreigen, of omgekeerd.

Het uittekenen van deze arbeidsmarktbiografie kan echter op twee vlakken in *conflict* komen met andere biografieën: met de eigen levensbiografie waarin nog andere prioriteiten voorkomen en met die van eventuele partners, wanneer arbeidsmarktkeuzen van beiden moeilijk verzoenbaar zijn of discussie over andere taken uitlokken. Wat vele mensen op het einde van een relatie als een persoonlijk mislukken aanvoelen, heeft veel te maken met het maatschappelijk uiteengroeien van de eisen op de arbeidsmarkt en de verwachtingen inzake relaties. Het wordt steeds moeilijker om twee arbeidsmarktbiografieën te verzoenen met twee persoonlijke biografieën binnen een relatie: het vergt een voortdurende evenwichtsoefening. In sommige jobs is het ideale profiel een volledig flexibel individu, niet gehinderd door sociale banden en bereid op ieder moment met het bedrijf te verhuizen.

Juist hier botst de verwachting dat individuen keuzen maken en de eigen biografie vorm geven met de mogelijkheden om dit te doen. Arbeidsmarktrisico's versterken dus individualiseringsrisico's en individualiseringsrisico's versterken arbeidsmarktrisico's. Vandaag worden zogenaamde oplossingen voor dit groeiend spanningsveld in belangrijke mate naar de individuen en gezinnen afgewenteld. De maatschappelijke omgeving die stijgende werkdruk en werkloosheid produceert blijft teveel buiten het analyseveld.

1.3.4 Kunnen kiezen betekent ook voortdurend moeten kiezen

De verregaande individualisering de voorbije decennia was niet alleen een vrijmakingsproces, waarbij mensen meer en meer ruimte verworven om eigen keuzes te maken, om de eigen biografie te ontwerpen. In de risicomaatschappij zijn noch het werk, noch relaties nog voor het leven. Er kunnen niet alleen, nee er moeten ook voortdurend keuzes worden gemaakt op het werk, in de relatie, in de opbouw van vriendschapsnetwerken, in het management van rollen, bij het nemen van engagementen. Bovendien kunnen en moeten we niet alleen zelf keuzes maken. Als reflexieve individuen moeten we ook omgaan met keuzes van andere individuen: deze keuzes van anderen brengen op hun beurt risico's voor het eigen leven met zich mee.

Met de mogelijkheid om het eigen leven vorm te geven groeit ook de plicht om dit te doen. Tevens groeit het risico dat daarbij fouten worden gemaakt, met verstrekkende gevolgen in de persoonlijke levenssfeer. Dit leidt tot een voortdurend omgaan met de onzekerheid van de individualiseringsrisico's. Deze komt bovenop de onzekerheid van sociaal-economische risico's en ecologische risico's die in de private leefwereld worden gedumpt en op hun beurt de individualiseringsrisico's versterken. Maatschappelijke kwetsbaarheid vormt zo ook één van de individualiseringsrisico's met structurele wortels.

1.4 Tijdsrisico's

Heel wat relatieconflicten draaien rond de keuzes die mensen maken in hun tijdsbesteding. Wat vele mensen op het einde van een relatie als een persoonlijk mislukken aanvoelen, heeft ook te maken met het maatschappelijk uiteengroeien van de eisen op de arbeidsmarkt en de verwachtingen inzake relaties. Twee arbeidsmarktbiografieën verzoenen binnen een relatie vergt een voortdurende evenwichtsoefening.

Individualisering gaat ook samen met een verandering en afbrokkeling van de collectieve ritmes. Zulke ritmes typeren een samenleving. Ze vormen de opgetelde individuele tijdskeuzes, die leiden tot spitsuren en meer rustige uren. Ze normeren ook de individuele keuzes. De voortschrijdende ontkerkelijking maakt van de zondag al lang geen heilige dag meer. Op vele plaatsen is vrijdag nog visdag, maar maandag wasdag of dinsdag kuisdag is al veel minder vanzelfsprekend nu man en vrouw werken. Shiftwerk doet de economie 24 uur per dag draaien, zeven dagen op zeven, 365 dagen op een jaar. De toenemende verscheidenheid van individuele keuzes én van arbeidstijden leidt tot een vervaging van de 'negen tot vijf' werkritmes. Toch blijven de collectieve ritmes nog doorzinderen. De schooltijden en dagen geven nog het duidelijkst een tijdsstructurering aan onze maatschappij: ze ritmeren mee de vakanties van de ouders, de periodes van economische topactiviteit en de topperiodes van de reisindustrie.

Wanneer de metronoom van de collectieve tijdsordening en de collectieve ritmes minder luid klinkt en wordt verstoord door kleinere metronomen met andere, individuele ritmes, geraken mensen soms van slag. Vandaag worden zogenaamde oplossingen voor dit groeiend tijdsprobleem op de individuen en gezinnen afgewenteld. Deze *privatisering* van economische problemen naar het gezin betekent dat individuen de druk van de arbeidsmarkt in hun eigen levenssfeer en tijdsbudget moeten verwerken. Juist hier botst de verwachting dat individuen keuzes maken en de eigen biografie vorm geven met de mogelijkheden om dit te doen. De maatschappelijke omgeving die stijgende werkdruk, tijdstekort en onzekerheid produceert, blijft buiten het analyseveld.

2. Is smog democratisch? Over ongelijkheid in de risicomaatschappij

De geleidelijke overgang naar een risicomaatschappij leidt tot een grotere onzekerheid. Individuen zijn minder ingebed en kunnen én moeten meer keuzes maken. Een risicomaatschappij heeft alles in zich om tot grotere ongelijkheid te leiden.

Vanuit een welzijnsoogpunt is daarom de belangrijkste kritiek dat Beck -in een aantal van zijn werken- het egalitaire karakter van sommige nieuwe risico's overbenadrukt. Illustratief hiervoor is de boutade dat rijkdom hiërarchisch is, maar smog democratisch. Bijgevolg worden de oude sociale breuklijnen in de risicomaatschappij onderschat. Het is niet omdat sommige nieuwe (vooral globaal ecologische) risico's een grote(re) sociale gelijkheid kennen, dat de oude verdelingsvragen zijn verdwenen of dat deze niet evenzeer op nieuwe problemen van toepassing blijven. Vele ecologische en de meeste individualiseringsrisico's zijn allesbehalve egalitair. De ongelijke verdeling van economisch, sociaal en cultureel kapitaal -in termen van de Franse socioloog Bourdieu- wordt met de toenemende keuzebiografieën steeds crucialer, omdat deze ongelijkheid maakt dat lang niet iedereen dezelfde keuzemogelijkheden heeft. Aandacht voor de ongelijke startpositie van jongeren is hierbij cruciaal.

3. Zoeken naar welzijn in de risicomaatschappij

Wat betekent deze overgang naar de risicomaatschappij nu voor het sociaal beleid en voor het welzijnsbeleid? Welke uitdaging vloeit voort uit de toenemende populariteit van postmateriële waarden voor het werken aan welzijn? Hoe omgaan met de toenemende perverse effecten van de toenemende materiële welvaart en met de vormen van onwelzijn die voor velen daarmee samengaan? Ik poog in dit laatste deel om de analyse van de risicomaatschappij door te denken naar consequenties voor de welzijnssector en om een aantal discussievragen voor al wie in de 21ste eeuw rond welzijn werkt te distilleren.

3.1 Welzijnsbeleid mag geen glijmiddel worden

In de eerste plaats moet het welzijnswerk de spanning tussen welvaart en welzijn ernstig nemen en mee problematiseren. Stress, burn-out, psychische problemen bij jongeren, groeiende wachtlijsten voor psychologische of psychiatrische begeleiding of behandeling, overconsumptie van medicatie of hoge zelfmoordcijfers: het zijn even zovele signalen dat de toegenomen welvaart niet voor iedereen toegenomen welzijn betekent. We hadden het nog nooit materieel zo goed, maar de ontevredenheid is enorm hoog, leren ook de Vlaamse regionale indicatoren. Welzijnswerk mag geen glijmiddel zijn om mensen toch maar weer terug in het gewone economisch systeem te laten meedraaien. Niet voor alle problemen en niet voor iedereen mogen (arbeids)marktgerichte oplossingen als vanzelfsprekend worden beschouwd.

We moeten vragen durven stellen bij de toenemende rat-race van productiviteit, flexibiliteit en concurrentie.

Daarnaast is er een duidelijke kritiek op een belangrijk deel van het welzijnswerk. Dit functioneert teveel -en steeds meer?- als een steeds meer geperfectioneerde bezemwagen om achterblijvers bij het peloton van de maatschappij te krijgen, zonder dat men nog greep heeft over de richting die het peloton uitrijdt. Dit lijkt een beetje de tragiek van het welzijnswerk te zijn. De voorbije 20 jaar kwamen er steeds meer bezemwagens die steeds beter uitgerust en steeds professioneler via aangepaste methodieken individueel, op maat, trajectmatig de achterblijvers terug bij het peloton probeerden te krijgen. Ondertussen geraakt dat peloton in een economische stroomversnelling en rijdt steeds sneller, steeds langer, met steeds meer cols en individuele tijdritten, waardoor een groeiende groep alleen nog meekan met de nodige dosis EPO of andere versterkende middelen. Maar de maatschappelijke discussie over de snelheid en de richting van het peloton wordt weinig of niet beïnvloed door de ervaring van de bezemwagens. De vraag is daarom hoe het welzijnswerk, vanuit de ervaringen met het werken met de zwakkeren in onze risicomaatschappij, een sterkere kritiek kan formuleren op de groeiende economische invulling van welzijn (en zelfs van het goede leven)? Hoe kan het welzijnswerk de uitbouw van alternatieven ondersteunen?

Belangrijk is in de tweede plaats een ondersteunende en ontschuldigende functie. Deze functie neemt aan belang toe naarmate in het hele verhaal van de actieve welvaartsstaat individuen steeds meer worden aangesproken op hun persoonlijke verantwoordelijkheid en worden geresponsabiliseerd. Bij het omgaan met onzekerheid en het nemen van (verkeerde) keuzes dreigt een individualisering van de risico's. Vele mensen ervaren nu reeds mislukkingen in hun arbeidsmarktcarrière of in hun relatie als louter persoonlijke mislukkingen. De risico's worden geïndividualiseerd en de maatschappelijke omgeving verdwijnt uit het gezichtsveld. Ik heb als vrouw of als man gefaald in de relatie of in de opvoeding. Ik heb gefaald op de job en was niet snel, flexibel of sterk genoeg. Persoonlijke mislukkingen opnieuw in een maatschappelijke context plaatsen, de-individualiseren, werkt ontschuldigend en kan mensen opnieuw kracht geven om het toch nog maar eens te proberen. Ze zijn bovendien niet langer alleen om in de risicomaatschappij op zoek te gaan naar enige zekerheid.

Ten derde gaat het erom individuen effectief kansen te geven om zelf te kiezen, om hun keuzebiografie in de risicomaatschappij uit te tekenen, om hen voldoende instrumenten te geven om te kunnen omgaan met individualiseringsrisico's. Mensen kunnen en moeten voortdurend meer keuzes maken bij het schrijven van hun eigen biografie. Daarbij mogen we echter niet vergeten dat lang niet iedereen dezelfde mogelijkheden, hetzelfde economisch, sociaal en cultureel kapitaal heeft om als een kiezend individu door het leven te stappen. Wie verkeerd kiest of niet kan kiezen, dreigt in armoede te blijven of te belanden, blijft of wordt uitgesloten. Hoe kan het armoedebeleid sociaal zwakkere groepen beter wapenen tegen individualiseringsrisico's? De invalshoek van empowerment vormt hier een cruciale insteek.

3.2 Uitdagingen voor een tijdsbeleid

Naast deze algemene gevolgen zijn er ook uitdagingen ten aanzien van specifieke beleidssectoren. Het door velen aangevoelde tekort aan tijd, zeker bij tweeverdieners, loopt als een groene draad doorheen de risicomaatschappij. Tijd is één van de schaarse luxegoederen van de 21ste eeuw. Het pleidooi voor zelfbeperking bevat een sterk pleidooi om mensen meer autonomie te geven ten aanzien van de arbeidsmarkt, om de druk van de loonarbeidssfeer op de andere levensdomeinen te verminderen. Wanneer zo'n grotere autonomie wenselijk zou zijn om de arbeidssfeer in de risicomaatschappij beter te kunnen afstemmen op het sociale leven, wat betekent dit dan voor ons stelsel van sociale zekerheid? Pleidooien voor een grotere tijdsautonomie moeten institutioneel worden vertaald binnen de

huidige sociale zekerheid. Vormen van loopbaanonderbreking en 'sabbatical leaves' kunnen maar voor iedereen een recht worden wanneer ze worden geïntegreerd in de sociale zekerheid.

De arbeidsmarkt wordt vandaag, met de discussie over de actieve welvaartsstaat, vooral gezien als een integratiekader. Natuurlijk is ze dat en blijft ze dat. Maar kans krijgen om te werken voor een loon, om zichzelf via arbeid te realiseren en te integreren, mag geen levenslange veroordeling tot loonarbeid tegen iedere prijs zijn. De groeiende productiviteits- en flexibiliteitseisen op de arbeidsmarkt leiden voor velen tot een steeds moeilijker met een partner, een gezin of een sociaal leven te verzoenen keuzebiografie. Overdreven nadruk op het belang van een arbeidsmarktcarrière kan even welzijnsbedreigend zijn als een gebrek aan toegang tot de arbeidsmarkt. Daarom pleit ik ervoor om de economische benadering van arbeid te verruimen tot een welzijnsbenadering, die een kader wil scheppen waarbij voor individuen participatie aan de arbeidsmarkt beter verzoenbaar wordt met andere sociale of gezinsactiviteiten. Daarom pleit ik voor arbeidsherverdeling, onder de vorm van arbeidsduurvermindering, maar ook via een veralgemening van het recht op vijf jaar tijdskrediet voor iedereen via een 'tijdsfonds' in de sociale zekerheid.

4 Besluit: zoeken naar welzijn wanneer meer niet langer beter is

De (h)erkenning van onze maatschappij als risicomaatschappij vormt het kader voor een expliciet pleidooi voor een minder prestatie- en consumptiegerichte samenleving.

Deze optie staat haaks op de dominante en steeds meer dominerende economische logica; haaks ook op een aantal sociologische studies over het consumptiegedrag van individuen. Dit artikel probeert de maatschappelijke veranderingen en vernieuwingen te duiden. Het bouwt verder op wat er -zij het misschien nog embryonaal- leeft en groeit in de risicomaatschappij. Deze analyses blijken heel vaak herkenbaar, zeker voor mensen in hun 'drukke leeftijd', zeg maar tussen 25 en 40 jaar. En het is waarschijnlijk evenmin toeval dat vooral vrouwen zich in de spanningen herkennen: zij betalen misschien de zwaarste prijs, zij moeten misschien meer dan mannen de risico's inschatten of dragen.

In het verlengde van de toenemende populariteit van de postmateriële waarden zullen de bestaande risico's nog scherper worden aangevoeld. Naast een objectieve toename van risico's groeit onze risicogevoeligheid en worden kwaliteitsvragen dominanter. Pleidooien voor zelfbeperking, hoe disparaat ook, weerspiegelen nieuwe schaarsten en nieuwe behoeften. Ze vertalen concrete noden van individuen, mensen die niet meer meekunnen of die het steeds moeilijker krijgen in de prestatiemaatschappij die onze risicomaatschappij ook is. Ze vertalen de angst en de onzekerheid van hen die vandaag op de arbeidsmarkt op de tippen van hun tenen moeten lopen om (nog even) mee te kunnen. Ze vertalen de angst en de onzekerheid van de uitgeslotenen, die zich afvragen hoe ze ooit nog op de rijdende en versnellende trein zullen geraken. Ze vertalen de angst en de onzekerheid van al diegenen die met ecologische bedreigingen worden geconfronteerd, met bedreigingen ten aanzien van de eigen gezondheid of ten aanzien van een daling van de leefkwaliteit in de directe omgeving. Zij vertalen het zoeken naar welzijn van vele mensen, vanuit een verworven en sterk gestegen materiële welvaart.

Deze behoeften, onzekerheden en risico's leven stuk voor stuk in persoonlijke verhalen. We moeten die behoeften-voorbij-de-materiële-behoeften ernstig durven nemen, in onderzoek en debat, maar ook in onze politieke keuzen en in het beleid. Bij teveel mensen en organisaties vormt het praten over welzijn, het ecologisch gedachtegoed of het praten over kwaliteit de obligate laagjes vernis om een klassiek economisch verhaal te verpakken: voor hen blijft het economische het hoogste in onze maatschappij.

Intussen groeit bij meer en meer mensen een sociale en ecologische behoefte, haaks op een economische logica die de andere levenssferen steeds verder koloniseert. Eén van de grootste uitdagingen ligt erin om de sociale en de ecologische ruimte te vrijwaren voor de huidige en volgende generaties. De analyse van onze maatschappij als risicomaatschappij kan niet anders dan een appél vormen tot individuele reflectie én tot reflexieve modernisering, tot engagement in het eigen leven en in onze samenleving. Het vormt een radicaal modern appél tot maatschappelijke verandering van de risicomaatschappij waarin we leven in een zoektocht naar welzijn. Omdat meer niet langer beter is.

Literatuurverwijzingen

Meer lezen? Deze bijdrage is gebaseerd op de boeken:

- *GELDOF, Dirk, 2001. Onthaasting. Op zoek naar tijd in de risicomaatschappij. Antwerpen, Houtekiet.*
- *GELDOF, Dirk, 2002. Niet meer maar beter. Over zelfbeperking in de risicomaatschappij. Leuven, ACCO.*

Voor een verdere analyse van de risicomaatschappij en een fundamentele kritiek op het huidige arbeidsmarktbeleid verwijs ik naar deze boeken, alsook voor alle verdere bronvermeldingen.

Voor dit artikel werd ook gebruikt gemaakt van:

- BECK, U. (1997), Kinder der Freiheit (pp. 404). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BECK, U., BECK-GERNSHEIM, E. (1990), Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BOURDIEU, P. (1989), Opstellen over smaak, habitus en veldbegrip (gekozen door Dick Pels). Amsterdam: Van Gennep.
- GELDOF, D. (1997), 'Het sociale in de risicomaatschappij. Over de essays van Ulrich Beck', ALERT, 23(4): 70-79.
- GELDOF, D. (2001). Tijd als factor van welzijn in een risicomaatschappij. In: Alert, jrg. 27, nr. 5, pp. 61-66.
- GELDOF, D. (2002). Levenskwaliteit, pluri-activiteit en combinatiebeleid. Een kritiek op de over-actieve welvaartsstaat. In: Over.werk, nr. 4, pp. 33-41
- GELDOF, D & VANDERWEYDEN, K., (2004). De strijd om de tijd. Een tegendraads pleidooi voor anders werken. In: Samenleving en Politiek, jrg. 11, oktober, pp. 24-35.
- GELDOF, D. & DRIESSENS, K. (2003). Tijd voor aanwezigheid als voorwaarde voor duurzame hulpverlening. Kritische reflecties bij de presentietheorie. In: Sociale Interventie, jrg. 12, nr. 2, pp. 18-30.
- GIDDENS, A. (1990), The consequences of modernity. Cambridge: Polity Press.
- GIDDENS, A. (1994), Beyond left and right. The future of radical politics. Cambridge: Polity Press.
- LAMMERTYN, F. (1999). Tussen moralisme en moderniteit. Op zoek naar nieuwe vormen van sociale bescherming voor een nieuwe sociale kwestie. In: ALERT (voor welzijnswerk en sociale politiek), jrg. 25, nr. 2, pp. 14-39.
- RUBIN, L. (1995), Gezinnen op de armoedegrens. De invloed van klasse, ras en sekse op het dagelijkse leven. Baam: Ambo.
- VAN REGENMORTEL, T., FRET, L., (1999). Van moralisme tot empowerment als ethisch perspectief binnen het welzijnswerk en van armoedebestrijding. In: VRANKEN, J., GELDOF, D. VAN MENXEL, G., 1999. Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 1999. Leuven, ACCO, pp. 291-313.
- VRANKEN, J., DE BOYSER, K., GELDOF, D. VAN MENXEL, G., 2002. Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 2002. Leuven, ACCO.

CRAVING: EEN COMPLEX FENOMEEN

Dr. Geert Dom
psychiater/psychotherapeut
PC Broeders Alexianen, Boechout en CCGZ, VAGGA, Antwerpen

1. Inleiding

Onderzoekers die zich bezig houden met het concept `gevoelens` geven aan dat verlangen op zich niet kan beschouwd worden als een pure, op zich staande emotie. Verlangen is een emotie die geassocieerd is met toenaderingsgedrag, net zoals angst het gevoelen is dat samenhangt met vermijdingsgedrag. Om naar een object te kunnen verlangen moeten we weten of het object zelf bevredigend is. Is dit zo, dan noemt men dit soort objecten `ongeconditioneerde stimuli`. Voorbeelden hiervan zijn: eten, drinken, seksualiteit. Maar ook psychoactieve producten of het plots winnen van een geldsom kunnen een onvoorwaardelijk gevoel van plezier geven. Anderzijds kunnen we ook leren dat bepaalde objecten die op zich geen aanleiding zijn tot een goed gevoel, wel geassocieerd zijn met een goed gevoel. Dit noemt men 'geconditioneerde stimuli'. Voorbeelden hiervan zijn de nabijheid van een café met gokmogelijkheid voor een gokker of een spuit voor iemand die gewoon is intraveneus te gebruiken. Op zich is een injectienaald geen object dat een bevrediging kan bieden, maar het is nauw geassocieerd met de bevrediging die eraan gekoppeld kan zijn. Zowel leerprocessen als geheugenprocessen zijn belangrijk bij het vormen van stimuli. We moeten leren welke stimuli relevant zijn en deze dan ook langdurig in het geheugen kunnen bijhouden (lange termijn geheugen).

Verlangen kunnen we dus omschrijven als het gevoel dat ontstaat tijdens toenaderingsgedrag naar zowel geconditioneerde als niet-geconditioneerde stimuli. Meer nog, het gevoel van verlangen zet ons aan toenadering te zoeken met een object (stimulus) dat geassocieerd is met een `goed gevoel`. Net zoals het gevoelen van angst ons aanzet bepaalde objecten te vermijden waarvan we geleerd hebben dat ze pijn of gevaar inhouden. Gevoelens zoals angst en verlangen sturen ons gedrag, vaak op een snellere manier dan dat we dat zouden kunnen via verstandelijk redeneren. Hoe graag we soms ook stellen dat het niet zo is, veruit het grootste deel van ons gedrag wordt nog steeds gestuurd door onze gevoelens.

Ook ons gedrag ten aanzien van het gebruik van psychoactieve middelen wordt voor een groot deel emotioneel gestuurd. De meeste mensen gaan op een bepaald moment in hun leven drugs gebruiken. Meer nog, het gebruik van psychoactieve middelen is voor de meerderheid van onze Westerse samenleving een dagelijks ritueel. Het meest gebruikte product is cafeïne in de vorm van koffie, thee, of sommige frisdranken. Ook alcohol en tabak worden door heel wat mensen regelmatig gebruikt.

De redenen waarom mensen psychoactieve producten gebruiken zijn zeer variabel. Ook onderzoek naar de mogelijke gevolgen van middelengebruik en verslaving[1] gebeurt uit verschillende invalshoeken: gaande van fundamenteel farmacologisch tot sociaalantropologisch onderzoek. Op dit moment zijn er heel wat opiniemakers die vooropstellen dat verslaving een fundamenteel (hersen)biologisch fenomeen is dat vooral biologische, lees medicamenteuze, oplossingen vraagt `*If the brain is the core of the problem, attending to the brain needs to be a core part of the solution*` (Leshner 1997). Andere auteurs stellen dan weer dat verslaving best niet wordt beschouwd als een biologische stoornis, maar eerder verband houdt met individuele keuzes. Volgens deze invalshoek is genot zoekend gedrag, van welk type dan ook, essentieel beïnvloed door pre-existerende waarden. Vanuit die visie is het beste antwoord op verslavingsproblemen, voor zowel het individu als de maatschappij, het aannemen van (nieuwe) waarden die onverenigbaar zijn met verslaving en middelengerelateerde gedragproblemen (Peele 1987, 1989).

Begrippen zoals verlangen en craving kunnen dan ook vanuit verschillende visies benaderd worden. Meer en meer wordt binnen de wetenschappelijke wereld aangedrongen op het uitbouwen van interdisciplinair onderzoek voor alcohol, tabak en andere drugproblemen (Singer, 2001).

1 De term verslaving/verslaafden/verslavingsproces verwijst in deze tekst naar de fase van blijvend gebruik van psychoactieve middelen, gokgelegenheden, internet en/of seksuele handelingen, die obsessief-compulsief van aard is. Voor de psychoactieve middelen komt dit overeen met de DSM-IV diagnose van 'afhankelijkheid'.

2. Wat is craving?

Craving is een van de meest gebruikte begrippen binnen de verslavingszorg. Een oncontroleerbare, overweldigende en onweerstaanbare drang om alcohol te gebruiken werd reeds in 1784 beschreven door Benjamin Rush (Mann et al. 2000). Tegelijkertijd blijft craving een van de slechtst omschreven begrippen binnen verslaving, waarover maar weinig consensus bestaat. Mede om die reden is het niet opgenomen als criterium voor afhankelijkheid en misbruik van middelen in de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, APA 1994).

Over craving wordt vaak emotioneel gecommuniceerd. Vaak hoort men hulpverleners die werken met een gebruiker zeggen "ik heb het gevoel dat hij of zij erg zuchtig is" zoals ook gebruikers soms aangeven veel ``last`` te hebben van drang of zucht. Wat men hier nu juist mee bedoelt, wat nu juist craving is blijft evenwel onduidelijk. Is het een psychisch gevoel zoals het verlangen naar een afwezige geliefde? Is het een lichamelijke sensatie zoals honger met een knagend gevoel in de maag? Of is het een cognitief fenomeen waarbij vooral obsessieve gedachten aan gebruik op de voorgrond staan? Of is het een gebrek aan vermogen om primitievere gevoelens van aandrang of begeerte af te remmen en zoals Freud suggereerde onvoldoende te sublimeren? (In zijn publicatie uit 1894 `Uber Coca` was Freud trouwens zeer enthousiast over de therapeutische mogelijkheden van cocaïne). Zoals bij veel menselijke gedragsuitingen gaat het vermoedelijk om een combinatie van factoren. De oorzaken van craving blijken meervoudig en zowel biologische, psychologische en sociale omgevingsfactoren spelen hierbij een rol. Ook de wijze waarop craving zich uit is erg wisselend. Er is niet één type craving dat kenmerkend is voor de alcoholist, de heroïne-, of seksverslaafde. Zelfs op individueel niveau zijn er verschillen die voortkomen uit iemands specifieke biologische, psychische en sociale eigenheden.

3. Craving, een voorrecht van de verslaafde?

Is het ervaren van craving, zucht of goesting een `voorrecht` van verslaafden of gaat het om een algemeen menselijk kenmerk dat bij verslaafden een extremere uitingsvorm heeft aangenomen? Vanuit de hoek van verslavingsonderzoek wordt vaak gesteld dat het begrip craving moet voorbehouden worden voor een `toestand van extreem verlangen`. Deze beperking is evenwel kunstmatig en suggereert een dichotomie: craving is aanwezig of afwezig. Zulk een tweeledigheid is weinig waarschijnlijk. De meeste psychologische fenomenen zoals depressie of angst zijn niet in wel-of-niet categorieën te vangen, maar kunnen gemeten worden op een continue schaal. Ook craving bekijkt men best als een meetbare, continue toestand die naast pathologische vormen ook bij niet-verslaafde mensen in min of meerdere mate aanwezig kan zijn. Iedereen herkent immers in meer of mindere mate de gevoelens van goesting of verlangen naar de bevrediging van bepaalde gevoelens. Vraag maar aan mensen die op dieet staan.

Het lijkt erop alsof het vermogen om intens te verlangen naar de bevrediging van bepaalde behoeftes een universeel gegeven is.

4. Het verlangen wijst de weg

Het verlangen naar een gevoel van bevrediging is, vanuit een evolutionair perspectief, een eigenschap die we terugvinden bij alle zoogdieren. Binnen de hersenen van mens en dier bestaat een systeem dat verantwoordelijk is voor het gevoel van `bevrediging` of `het zich voldaan` voelen. Vaak wordt het begrip *Beloningssysteem* (Reward system) hiervoor gebruikt (Robinson & Berridge 1993, 2000). In oorsprong wordt dit deel van de hersenen gestimuleerd door handelingen die voor het individu (en de soort) van levensbelang zijn. De natuur heeft ons zo geprogrammeerd dat het doen van levensnoodzakelijke handelingen zoals eten, drinken of seksualiteit dit centrum stimuleren waardoor we deze handelingen als bevredigend ervaren. Hierdoor blijven we deze handelingen stellen, verlangen we ernaar en zijn we gemotiveerd om situaties op te zoeken die dit gedrag mogelijk maken. Doen we dit niet, dan komen we in (potentieel) levensbedreigende problemen. Een actueel voorbeeld hiervan is de problematiek van anorexia nervosa, waarbij eten niet meer gekoppeld is aan een gevoel van bevrediging of verlangen. Eten (of niet eten) wordt hier dan ook een strijd met soms dramatische gevolgen.

Het Beloningssysteem draagt in belangrijke mate bij tot de conditionering van de relaties tussen specifieke stimuli (situaties, gevoelens, gedachten, ...) en de daaraan gekoppelde bevrediging. Het leert ons dus welke stimuli belangrijk zijn, richt onze aandacht hierop en zorgt ervoor dat deze diep in ons langetermijngeheugen worden opgeslagen.

Als we in contact komen met zulke stimuli krijgen we een gevoel van verlangen, craving dat ons aanzet toenadering te zoeken en uiteindelijk de bevredigende handelingen te stellen. Bepaalde geuren bijvoorbeeld zijn heel krachtige stimuli en kunnen lang vergeten herinneringen weer heel levendig naar voor halen. Vele mensen kennen de ervaring dat als je langs een lekker geurende warme bakkerij loopt, zelfs al had je geen honger, je plots trek krijgt en geneigd bent iets te gaan kopen.
Samenvattend kunnen we dus stellen dat de natuur ons voorzien heeft van een erg werkzaam systeem dat ons blindelings (gestuurd door emotie) toelaat om belangrijke handelingen te stellen.

5. Is dit een probleem?

Op zich is gedrag gestuurd door emoties geen probleem. Het is eigenlijk een voordeel dat ons toelaat sneller te reageren en ook economischer met onze hogere denkfuncties om te gaan. Het laat toe vele handelingen automatisch te stellen zodat we onze denkcapaciteit kunnen gebruiken om moeilijkere problemen op te lossen.

Toch heeft ons beloningssysteem een aantal kwetsbaarheden. Allereerst is het, vanuit evolutionair standpunt, ontwikkeld met de bedoeling dieren een grotere kans te geven te overleven in omstandigheden waarbinnen voedsel en andere levensnoodzakelijke dingen schaars zijn. Binnen zulke *schaarste situaties* functioneert dit systeem prima. Het is ontwikkeld om ons te motiveren (we hebben er zin in, we verlangen ernaar) zo veel en snel mogelijk potentieel bevredigende situaties op te zoeken en de daaraan verbonden handelingen te stellen. De huidige levensomstandigheden, vooral binnen de rijkere Westerse samenlevingen, zijn evenwel niet meer vergelijkbaar met de evolutionaire startsituatie. We leven momenteel in een wereld waarin er eerder een overaanbod is van consumptiegoederen en in een cultuur waarin directe behoeftebevrediging als levensstijl erg centraal staat. Het aantal stimuli, zowel ongeconditioneerde als vooral geconditioneerde, die refereren aan een `goed gevoel` dat op ons afkomt, is overweldigend. Binnen een omgeving gekenmerkt door een *overaanbod* kan ons beloningssysteem mogelijk een nadeel zijn. Het is immers gericht op het maximaal stimuleren van toenadering tot bevrediging verschaffende objecten. Afremmen van bepaalde handelingen, het evalueren of een bepaalde handeling of reactie wel adequaat is binnen de huidige context (moet ik toegeven aan mijn verlangen tot eten nu ik net gehoord heb dat mijn cholesterol te hoog staat?) is eerder een taak van de (pre)frontale hersengebieden. Evolutionair gesproken is dit een deel van de hersenen dat pas veel later, bij hogere diersoorten met op kop de mens, ontwikkeld is. Rationaliteit kan zeker helpen om bepaalde verlangens tegen te houden en niet te realiseren. De rem die tegenhoudt en nagaat of een bepaald gedrag wel kan gegeven de omstandigheden en of er op langere termijn geen negatieve gevolgen aan vast hangen, functioneert vaak maar matig. Iedere goede marketingcampagne zal er zich op richten om het verlangen naar een bepaald product (of de stimuli die daarmee geassocieerd worden) te laten toenemen. Men weet immers goed dat het verlangen de weg wijst en het meestal wint van de ratio op het moment dat men een aankoop overweegt.

Hoewel het te verengend is alles hiertoe te herleiden speelt een mogelijke onaangepastheid van ons beloningssysteem aan onze huidige leefomgeving een rol bij een aantal typisch Westerse problemen. Vaak op terreinen waar er, binnen onze maatschappij, een overvloed van mogelijke (directe) behoeftebevrediging is: eten (problematiek van obesitas), internet (elektronische verslavingen), ... en alcohol of andere drugs.

Alcohol en andere drugs zijn producten die reeds duizenden jaren goed op de hoogte zijn van de eigenschappen (en kwetsbaarheden) van het Beloningssysteem van mens en dier. Meer dan vermoedelijk zijn psychoactieve stoffen, zoals die in planten (zoals cocaïne) terug te vinden zijn, evolutionair gekoppeld aan de biologische (hersen)systemen die mens en dier kenmerken (Sullivan en Hegen 2002). Een gemeenschappelijke eigenschap van de meeste psychoactieve stoffen is dat zij zich in de hersenen voordoen als `Valse Berichtgevers`. Het effect dat ze hebben op het Beloningssysteem is hetzelfde als wat er gebeurt als er natuurlijke bevredigende handelingen (zoals eten of drinken) worden gesteld. Alleen doen ze dit, bij een deel van de gebruikers veel krachtiger dan de meeste natuurlijke stimuli.
Het Beloningssysteem wordt hierbij op een verkeerd been gezet en handelt alsof het gebruik van drugs een belangrijke, levensnoodzakelijke betekenis heeft. Op een snel tempo leert de gebruiker dan ook verschillende stimuli kennen en onthouden die verband houden met gebruik en de effecten ervan. Het systeem stuurt de aandacht (en dus de gebruiker) meer en meer naar het verwerven en gebruik van producten, vaak ten koste van het opzoeken van natuurlijke bekrachtigers. Hierbij kunnen dan intense gevoelens van craving ontstaan die bijdragen tot herval in middelengebruik.

Gelukkig gebeurt dit alles maar bij een beperkt deel van de gebruikers. Verre van iedereen die middelen gebruikt komt in deze zelfbestendigende cirkel terecht. Heel wat factoren (sociaal, psychologisch en biologisch) kunnen er immers voor zorgen dat het gebruik onder controle blijft. Een minderheid van de mensen vertoont evenwel belangrijke kwetsbaarheden die hen vatbaarder maken voor het verder ontwikkelen van middelenproblemen.

6. Wordt iedereen verslaafd?

Uiteraard hangt het wel of niet ontwikkelen van verslavingsproblemen af van veel factoren. Eén ervan is de functionaliteit van het Beloningssysteem. Meer en meer wordt duidelijk dat dit individueel erg verschillend is. Sommige onderzoeken vermelden een natuurlijke variantie tot 50% binnen de bevolking. Binnen de bevolking zijn er (gelukkig vele) mensen met een hoge werkzaamheid van dit systeem. Dit zijn mensen die door natuurlijke stimulatie snel en voldoende tot een gevoel van bevrediging komen. Zij hebben weinig nood aan extra stimulatie. Meer nog, gebruik van psychoactieve producten zoals alcohol of drugs geeft snel een slecht, aversief gevoel. Zij zijn dan ook weinig geneigd om veel te gebruiken en hun eigen Beloningsysteem draagt ertoe bij dat zij zich met voldoening gaan richten op natuurlijke stimuli. Daarnaast zijn er mensen die minder gemakkelijk gestimuleerd worden. Vaak hebben ze nood aan krachtiger vormen van stimulatie om tot een gevoel van bevrediging te komen. Voor een aantal mensen kan dit de vorm aannemen van het opzoeken van meer en intensere stimulering via hun leefwijze (kick-seeking, uitdagingen opzoeken, ...) en/of het opzoeken van extra stimulatie door het gebruik van psychoactieve middelen. Mensen met een relatief lage functionaliteit van hun Beloningssysteem voelen zich bij normale stimulatieniveaus ongemakkelijk en ongelukkig. Gebruik van middelen geeft bij hen een intensere ervaring van bevrediging. Hierdoor leren ze zich meer en meer naar gebruik te richten.

Een relatief zwak werkend Beloningssysteem kan dus de kwetsbaarheid verhogen om via een verslaafd levenspatroon op zoek te gaan naar de (broodnodige) stimulatie ..., op voorwaarde natuurlijk dat de gelegenheid tot verslaving zich voordoet binnen de omgeving (de effectieve aanwezigheid en beschikbaarheid van stimulatie via drugs, voedsel, internet, winkels, ...).

Mensen met deze vorm van kwetsbaarheid lijden eigenlijk aan een gebrek aan craving, verlangen wat betreft natuurlijke stimulatie. Hun gebrek hieraan proberen ze te ondervangen met een extreem toegenomen aandacht (en het verlangen naar) voor het onderwerp van hun verslaving: drugs, alcohol, eten, kopen, ... Hun leefwereld verengt zich meer en meer tot een stereotype, dwangmatige herhaling van hetzelfde gedrag, anders gezegd; ze zijn verslaafd geworden.

7. Jong geleerd is oud gedaan

Een tweede belangrijke kwetsbaarheidfactor is de leeftijd waarop er gestart wordt met gebruik. Het is al langer geweten dat het leervermogen van mensen erg bepaald wordt door de leeftijd. Op heel jonge leeftijd kunnen we veel leren en onthouden. Hoe ouder we worden hoe moeizamer dit, jammer genoeg, gaat. Inprenting in het geheugen van indrukken en de conditionering van stimuli gebeurt veel krachtiger als deze worden aangeboden op jonge leeftijd. Hoe jonger men met middelengebruik begint, hoe groter de inpakt op de hersenen en hoe sterker de herinneringen aan de effecten en de bijbehorende stimuli in het geheugen worden ingeprent. Zo laat vroeg middelengebruik een soort van blauwdruk na in de hersenen die er voor kan zorgen dat gebruik op latere leeftijd een groter risico heeft om uit de hand te lopen tot problematisch of verslaafd gebruik. Meer en meer epidemiologisch onderzoek bevestigt deze hypothese en toont een relatie tussen een vroege startleeftijd wat betreft gebruik (age at onset) en een verhoging van het risico op problematisch of verslaafd gebruik op volwassen leeftijd. Dit geldt ook voor de leeftijd waarop gestart wordt met tabaksgebruik!

Jammer genoeg zijn veel jongeren geneigd om met middelen te experimenteren. Ook dit heeft met veel factoren te maken. Een van de elementen die hierin meespelen is dat op de leeftijd van de adolescenten het limbisch systeem en met name het Beloningssysteem tijdelijk wat minder goed functioneert. Dit is een normale ontwikkelingsfase die deels een verklaring biedt voor het voor adolescenten kenmerkend gedrag om moeilijk tot een gevoel van tevredenheid te komen, voor de neiging tot kick-seeking en grensoverschrijdend gedrag en voor het experimenteren met psychoactieve producten. Gezien deze binnen onze maatschappij erg beschikbaar en toegankelijk zijn, betekent dit vaak een vroege start met middelengebruik.

8. Craving en behandeling

Bij mensen met verslavingsproblemen is craving één van de elementen die kan meespelen bij herval in hun verslavingsgedrag. Het is dan ook belangrijk binnen de behandeling hierop in te spelen. Enigszins kunstmatig kunnen bij verslaving twee vormen van craving worden onderscheiden: een acute vorm die zich vooral voordoet tijdens de eerste periode van acute ontwenning en craving die kan optreden bij mensen die reeds lange tijd ontwend zijn. Hier spelen conditioneringsprocessen, aandacht en geheugenfuncties een belangrijke rol. Herinneringen aan gebruik en gerelateerde stimuli blijven langdurig in het geheugen opgeslagen. Mede door de sterke associaties met de vroegere gevoelens van bevrediging, zijn deze herinneringen extra beladen en heeft men hier, bewust of onbewust, meer aandacht voor.

Zo kan het zijn dat confrontatie met een oude situatie, zoals op café gaan met de oude drinkvrienden, alle herinneringen en de daarbij horende gedachten, gevoelens, zelfs lichamelijke sensaties weer oproept. Dit vertaalt zich dan in het gevoelen van craving; een intens verlangen om terug te gaan gebruiken. Behandeling moet er dan ook op gericht zijn deze stimuli, uitlokkers van craving, te leren herkennen en te leren er op een andere manier mee om te gaan.

9. Besluit

Onderzoek toont meer en meer het complexe karakter van het concept craving. Niet alleen psychologische en biologische factoren spelen hierbij een rol, maar ook in welke mate de maatschappij gericht is op behoeftebevrediging en in welke mate de middelen daartoe (in overvloed) voorhanden zijn.
Hoewel craving kan bekeken worden als de uiting van een algemeen menselijke eigenschap, blijkt er toch een fundamenteel verschil tussen de intensiteit en de aard van craving, ervaren door verslaafden, vergeleken met de gevoelens van verlangen bij natuurlijke stimuli.
Dit sluit aan bij de actuele discussie over het verschil tussen gebruik, misbruik en afhankelijkheid. Een mogelijke zienswijze is deze die het gebruik van drugs als een continuüm beschouwt; van niet schadelijk, sociaal gebruik naar toenemende schadelijke vormen van gebruik die worden gekenmerkt door misbruik en afhankelijkheid. Volgens deze opvatting zijn misbruik en afhankelijkheid gewoon verschillende manieren van gebruiken. Het verschil met gebruik is louter kwantitatief en weerspiegelt voornamelijk de hoeveelheid, frequentie en wijze van gebruik met de daaraan verbonden schade. Een andere opvatting om misbruik, en zeker afhankelijkheid, te conceptualiseren, is deze die misbruik en afhankelijkheid als kwalitatief verschillend beschouwt van gebruik. In dit verband zegt Leshner (1999): ``Drug use and addiction are not simply poles of a single gradient along which one slides in either direction over time. Once addicted one appears to have moved in a different state``. Dit is een zienswijze waar AA dicht bij aansluit.

Tot slot, het woord craving kan ook vertaald worden als drang. Dit lijkt fonetisch op dwang en ook inhoudelijk zijn beide concepten verwant. Drang en dwang spelen beide een belangrijke rol in verslavingsprocessen. De stap van drang om te gebruiken naar dwang om te gebruiken betekent een belangrijk verlies van vrijheid voor de gebruiker en als dusdanig een element in de ontwikkeling van afhankelijkheid. Het is de stap van het controleerbare "ik heb zin" naar "ik moet", zelfs al vind ik dit niet echt prettig meer. Deze stap raakt aan de essentie van verslaving: 'het dwangmatig herhalen van bepaald gedrag zelfs al valt het oorspronkelijk genot grotendeels weg en stapelen de negatieve gevolgen zich op'.

Literatuur

- Leshner, A.I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. Science 273, 45-47.
- Leshner, A.,I. (1999). Science is revolutionizing our view of addiction-and what to do about it. American Journal of Psychiatry, 156, 1-3.
- Mann, K., Hermann, D., Heinz, A. (2000). One hundred years of alcoholism: The Thentieth century. Alcohol & Alcoholism 35(1), 10-15.
- Peel, S. (1987). A moral vision of addiction: How people`s values determine whether they become and remain addicts. Journal of Drug Issues 17, 187-215.
- Peel, S. (1989). The diseasing of America: Addiction treatment out of control. Lexington, MA: Lexington books.
- Robinson, T.E., Berridge, T.E. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive sensitisation theory of addiction. Brain Res Rev 18, 247-291.

- Robinson, T.E., Berridge, T.E. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive sensitisation view. Addiction 95(2), S91-S117.
- Singer, M. (2001). Towards a bio-cultural and political economic integration of alcohol, tobacco and drug studies in the coming century. Social Science and Medicine 53, 199-213.
- Sullivan, R.J., Hagen, E.H. (2002). Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation? Addiction 97, 389-400.

EVALUEREN IN DE ALCOHOL- EN DRUGHULPVERLENING

Prof. dr. Jan A. Walburg
voorzitter raad van bestuur
Trimbos-Instituut, Utrecht

Doel van het evalueren van hulpverlening zal meestal zijn: het verbeteren van de kwaliteit van die hulpverlening. Veel instellingen in de alcohol- en drughulpverlening in Nederland en België zijn op vele fronten bezig om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Sommige organisaties voeren verbeterprojecten uit waarbij rondom een gesignaleerd probleem een team wordt samengesteld dat systematisch de Plan-Do-Check-Act-cyclus volgt om tot een verbetering van het zorgproces te komen. Andere instellingen passen de principes van integrale kwaliteit toe, vaak gebruikmakend van het model van de European Foundation for Quality Management -het EFQM-model- dat voor Nederland is bewerkt door het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK). Deze vormen van kwaliteitsbevordering worden op organisatieniveau ingezet. Daarnaast zijn beroepsgroepen actief die de kwaliteit van de uitvoering van hun vak verbeteren door opleidingen en vormen van registratie en door ontwikkeling van practice of evidence based richtlijnen en protocollen. En vanuit de wetenschap vinden programevaluaties plaats.

Deze, op systemen en processen gerichte, top-down ingevoerde kwaliteitssystemen en evaluatievormen, waarbij professionals en management hun inspanningen niet goed op elkaar afstemmen, zijn echter niet afdoende gebleken. Wat eerder nodig is, is een kwaliteitsbeleid, gericht op de evaluatie van concrete zorgresultaten, gebaseerd op een intrinsieke motivatie van teams en individuen, waarbij professionals en management op een lijn staan. De huidige praktijk voldoet daar bij lange niet aan.

Als we kijken naar de managers zien we dat zij zich vaak grote moeite getroosten om kwaliteitssystemen ingevoerd te krijgen. Tegelijk is hun evaluatiesysteem bijna uitsluitend gericht op productie en financiën. En dat zijn ook de termen waarin in jaarverslagen verantwoording wordt afgelegd. De maatschappelijke omgeving kijkt daar welwillend naar, maar wordt natuurlijk niet echt warm van een organisatie die aangeeft de productie gehaald te hebben binnen het budget. Ook binnen de organisatie leidt deze aanpak tot verwarring. Het management zegt een kwaliteitsbeleid te implementeren, maar stuurt op financiële en productiecijfers.
De oriëntatie op die financiële cijfers is, hoewel natuurlijk van groot en wezenlijk belang voor het managen van een zorgorganisatie, niet ter zake vanuit een inhoudelijk en maatschappelijk perspectief.
Wat er wel toe doet zijn de prestaties van de organisatie op het gebied van zorg.

Kijken we naar de behandelaars, dan zien we dat deze hun handen vol hebben aan het dagelijkse werk. Zij proberen daarnaast hun processen te verbeteren op basis van de richtlijnen van de beroepsgroepen en op basis van de certificatie- en accreditatieschema's. Wat die inspanning precies betekent voor de uitkomsten van het zorgproces is niet echt bekend. De zorgprofessionals ontvangen geen systematische rapportage over hun uitkomsten. En als zij die wel ontvangen is dat op een hoog niveau van aggregatie.
Bijvoorbeeld cijfers over patiëntwaardering op het niveau van de organisatie. Of in het geval van programevaluatie, ontvangen zij informatie lange tijd na afloop van de uitvoering van de behandeling. De zingeving in het werk van professionals in de alcohol- en drughulpverlening is vooral gelegen in de behandeling van de patiënt en diens reactie op de behandeling. Zo'n professional is beter te inspireren door hem of haar inzicht te geven in de resultaten van de behandeling.
Het zal voor een zorgteam onaanvaardbaar zijn als de resultaten teruglopen of als het team het evident minder goed doet in vergelijking met een ander team. En het zal een bron van tevredenheid zijn als de zorgresultaten verbeterd zijn.

We concluderen dat het hele scala van kwaliteitsinstrumenten pas echt zin krijgt en pas dan onderdeel is van het normale functioneren van een zorgorganisatie, als de impact daarvan op de resultaten van zorg voor de behandelaar èn voor de patiënt, zichtbaar wordt. Het bestaande instrumentarium moet gericht worden en die richting kan alleen maar zijn: de uitkomsten van zorg. Waar traditioneel de manager en de zorgprofessional elk hun eigen doelen hebben, de een voor beheer en de ander voor de inhoud, daar zorgt een oriëntatie op de voortdurende verbetering van zorgresultaten voor een gemeenschappelijk doel.

We zijn dus van mening dat de geïsoleerde toepassing van kwaliteitsinstrumenten: projecten, certificering, integrale kwaliteitsmodellen zoals het INK/EFQM-model en programevaluaties, zijn tijd gehad heeft en dat zij èn geïntegreerd moeten worden toegepast èn moeten worden gericht op uitkomsten.
We hanteren daarvoor de term *uitkomstenmanagement*.
Uitkomstenmanagement is gebaseerd op die twee principes: (1) de geïntegreerde toepassing van kwaliteitsinstrumenten, (2) sterk en consequent gericht op het verbeteren van zorgresultaten.
We definiëren uitkomstenmanagement hier als: 'het voortdurend verbeteren van zorguitkomsten van de best mogelijke zorgprocessen met het meest efficiënt gebruik van hulpmiddelen'.

Uitkomstenmanagement bestaat uit de volgende elementen:

- de ontwikkeling van een missie, een visie en strategische doelen in samenspraak met alle betrokkenen van de organisatie,
- de vertaling van de strategische doelen in concrete doelen,
- het samenstellen van teams en het zorgvuldig ontwikkelen van de teamkwaliteiten,
- het gebruik maken van evidence based richtlijnen, protocollen of klinische paden bij de uitvoering van de zorgprocessen,
- het opstellen van indicatoren die de voortgang in het realiseren van die doelen volgen,
- het formuleren van doelen in termen van zorgresultaten: klinische of medische resultaten, samenhangend met een specifieke diagnose, uitkomsten die een indicatie zijn van de kwaliteit van leven, waardering van patiënten en kosten,
- het analyseren van de resultaten gerelateerd aan relevante patiëntkenmerken,
- het terugkoppelen van de metingen in het uitkomstenkwadrant aan zorgteams,
- het vergelijken van de eigen resultaten met die van andere teams (benchmarken),
- het verbeteren van resultaten conform de cyclische methodiek toegepast in kwaliteitsprojecten,
- het analyseren van de zorguitkomsten in relatie met de inspanning van andere zorgleveranciers in de zorgketen,
- het samen met andere teams opbouwen van een database bestemd voor meta-analyses, teneinde de richtlijnen te verbeteren en beter te kunnen richten op een diversiteit van doelgroepen, settings en professionals,
- het beschikbaar stellen van zorgresultaten aan patiënten en de maatschappelijke omgeving.

In de inleiding gaan we in op dit model voor uitkomstenmanagement aan de hand van de verschillende componenten van het model. Daarbij wordt een voorbeeld gegeven van de manier waarop in Nederland geprobeerd is om met behulp van deze vorm van uitkomstenmanagement de hulpverlening aan alcohol- en drugverslaafden te verbeteren.

Met de consequente invoering van uitkomstenmanagement kan de hulpverlening zich ontwikkelen, gericht op een voortdurende verbetering van resultaten. Teams krijgen informatie over hun uitkomsten en kunnen die vergelijken met andere teams. Concurrentie gaat dan niet meer over wie de meeste bedden of het grootste verzorgingsgebied heeft, maar over wie de beste resultaten boekt.
Professionals worden zo ondersteund in hun natuurlijke streven om de best mogelijke zorg voor en met hun patiënten te realiseren.
En met uitkomstenmanagement kan de zorgorganisatie ook bijdragen aan de inhoudelijke wetenschappelijke vakontwikkeling in een naturalistische, echte setting en niet alleen op basis van onderzoek dat plaatsvindt in de minder realistische context van double blind clinical trials.
Tenslotte kan de patiënt en de maatschappij gefundeerd geïnformeerd worden over de effecten en resultaten van zorg.
Zo kan een geïntegreerde evaluatie van de drug- en alcoholhulpverlening leiden tot verbetering van de resultaten van die hulpverlening en tegelijk tot het bieden van inzicht in de resultaten aan patiënten, financiers, overheden en andere betrokkenen.

Literatuur

- Walburg, J.A., **Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg**, het opbouwen van lerende teams in zorgorganisaties. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2003
- Lemmens, K., van Dijk, A., Walburg, J., **Meer resultaat in het team**. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2004.

INTERNETVERSLAVING: HOAX OF SERIEUZE BEDREIGING VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG?
EEN ONDERZOEK NAAR PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN TENGEVOLGE VAN INTERNETGEBRUIK

Drs. Gert-Jan Meerkerk
senior-onderzoeker/adviseur
Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO), Rotterdam

Deze tekst is de samenvatting in het boek: Meerkerk, G., Laluan, E. & Van den Eijnden, R. (2003). *Internetverslaving: hoax of serieuze bedreiging voor de geestelijke gezondheidszorg? Een onderzoek naar psychosociale problemen tengevolge van internetgebruik.* Rotterdam: IVO.

In dit boek wordt in vier hoofdstukken het onderzoek naar het fenomeen 'internetverslaving' beschreven dat in de periode 2001-2003 door het IVO is uitgevoerd. Achtereenvolgens worden beschreven: de resultaten van een literatuurstudie (Hoofdstuk 1), een kwalitatief onderzoek onder internetgebruikers die zelf menen verslaafd te zijn aan het Internet (Hoofdstuk 2), een kwantitatief onderzoek onder hulpverleners naar het vóórkomen van internetgerelateerde problemen bij cliënten (Hoofdstuk 3) en een kwantitatief onderzoek onder een representatieve steekproef van veelvuldige internetgebruikers, de zogenaamde 'heavy users' (Hoofdstuk 4).

Hoofdstuk I: Literatuuronderzoek

In de 10 – 15 jaar dat het Internet bestaat is het Internet uitgegroeid tot een belangrijk medium voor communicatie, informatie en amusement dat inmiddels door meer dan 60% van de Nederlandse bevolking wordt gebruikt. Midden jaren negentig valt voor het eerst de term internetverslaving. Hoewel eerst bij wijze van grap, blijkt al snel dat veel mensen zich wel iets kunnen voorstellen bij het verslaafd zijn aan chatten, pornografie of één van de vele online spelletjes die het Internet te bieden heeft. De wetenschappelijke literatuur over internetverslaving wordt in het begin vooral gekenmerkt door een grote diversiteit in gehanteerde definities, arbitraire criteria (veelal adaptaties van criteria voor andere vormen van verslaving, met name gokverslaving), het gebruik van ongevalideerde instrumenten en niet-representatieve steekproeven.
Theoretische overwegingen over de etiologie van het verschijnsel ontbreken en onduidelijk is of het Internet verslavend werkt of dat verslaafden het Internet gebruiken, zoals de titel van een artikel uit 1996 luidt. Eind jaren negentig wordt het beeld genuanceerder. Onder andere door het werk van Griffiths wordt duidelijk dat er verschillende vormen van internetverslaving bestaan en dat wellicht in veel gevallen de persoon in kwestie niet zozeer aan het Internet verslaafd is, maar aan de door een bepaalde toepassing te verkrijgen stimuli (bijvoorbeeld pornografie).
Een ander probleem dat zich voordoet is dat het fenomeen Internet zo nieuw is dat nog onduidelijk is wat normaal en wat niet normaal is.
Online gedrag dat nu nog als afwijkend wordt beschouwd zal in de toekomst wellicht als normaal worden gezien. Daartegenover staat dat het aannemelijk is dat, door het laagdrempelige karakter van het Internet, latente verslavingen of dwangmatige gedragingen die zonder Internet wellicht latent waren gebleven, nu manifest kunnen worden. De beschikbaarheid en toegankelijkheid van diverse stimuli die bij sommigen compulsief gedrag kunnen uitlokken, is met de komst van het Internet sterk toegenomen.

De beloningsstructuur die het Internet biedt bij de eindeloze zoektocht naar de vervulling van verschillende menselijke behoeften, of dat nu een sociaal contact, gezochte informatie of een seksuele prikkel is, is variabel in zowel hoogte als duur wat volgens de leertheorie leidt tot de sterkste conditioneringen. Na verloop van tijd zouden deze conditioneringen dermate sterk kunnen worden dat de controle over het gedrag verloren gaat en het gedrag contraproductief wordt.

Uit de literatuurstudie wordt duidelijk dat het onderzoek naar het fenomeen "internetverslaving" nog in een beginfase verkeert. Met name kwalitatief onderzoek naar de aard en etiologie van de problemen is gewenst, tezamen met kwantitatief onderzoek in representatieve steekproeven dat meer inzicht moet geven in de omvang van de problematiek.

Hoofdstuk II: Kwalitatief en diagnostisch onderzoek onder zelfverklaarde internetverslaafden

Mede naar aanleiding van de hierboven vermelde conclusie dat meer onderzoek nodig is naar de aard en etiologie van internetgerelateerde problemen is een kwalitatief onderzoek (semi-gestructureerde interviews) uitgevoerd onder 17 internetgebruikers die naar eigen zeggen verslaafd zijn aan het Internet of problemen ondervinden die gerelateerd zijn aan het gebruik van het Internet. Tevens zijn bij deze mensen een drietal psychologische testen afgenomen om het voorkomen van psychische problematiek vast te stellen.

Uit de interviews komt het volgende beeld naar voren. Voor de meeste geïnterviewden is de sociale interactie, met name in de vorm van chatten, de belangrijkste toepassing van het Internet. Daarnaast vormt het zoeken naar informatie en het zoeken naar seksuele prikkels voor een aantal respondenten de belangrijkste toepassing. Het spelen van spelletjes wordt door slechts een enkeling genoemd.
Uit de interviews wordt duidelijk dat chatters vaak belangrijke voordelen van deze vorm van communicatie via het Internet ervaren. Verlegenheid en sociale angst, die in het normale leven vaak een belemmering vormen, spelen door de anonimiteit van communicatie via het Internet een beduidend geringere rol. Daarnaast blijken eenzaamheid en verveling belangrijke drijfveren. Chatten is een middel om bestaande contacten te onderhouden en nieuwe contacten aan te gaan. De via het Internet opgedane nieuwe contacten kunnen soms aan behoeften voldoen waaraan reeds bestaande contacten in het 'normale' leven minder goed voldoen. Met name de onbevooroordeeldheid van deze nieuwe contacten, de diepgang van de interacties en de mogelijkheid zich vrij uit te spreken zonder bang te hoeven zijn voor repercussies in het echte leven, maken gesprekken via de chat een ideale uitlaatklep voor problemen en frustraties. Ook de mogelijkheid om gemakkelijk van chatpartner te kunnen wisselen of chatpartners op eigen behoeften te kunnen selecteren (bijvoorbeeld lotgenoten), wordt als positief ervaren. Uit de gesprekken komt verder naar voren dat de meeste respondenten zich op het Internet niet anders voordoen dan zij in werkelijkheid zijn. Voor sommigen, met name mensen met een lage zelfwaardering en eigenwaarde, blijkt de hogere status die zij in virtuele gemeenschappen hebben verworven ook belangrijk te zijn; zij voelen meer waardering van hun virtuele vrienden dan van hun vrienden in het 'echte' leven. De sociale banden die mensen via het Internet aangaan hoeven volgens sommigen ook niet inferieur te zijn aan vriendschappen in het echte leven. Anderen zijn echter van mening dat het niet mogelijk is echte vriendschappen te sluiten via de chat. Een veel genoemd voordeel van communicatie via het Internet is de hoge mate van bereikbaarheid die mogelijk gemaakt wordt door het gebruik van de zogenaamde 'messengers'. Veel van de geïnterviewden noemen, tot slot, de ervaring het besef van tijd te verliezen als ze online zijn. Men zit vaak uren als in een soort roes achter het scherm, waarbij de tijd voorbij lijkt te vliegen. Het Internet eist alle aandacht op, waardoor de internetter even zijn dagelijkse beslommeringen kan vergeten.

Naast deze veel genoemde voordelen van het internetten, worden ook duidelijke nadelen genoemd. Het eerder als voordeel genoemde verschijnsel het besef van tijd te verliezen, leidt er vaak toe dat men langer met internetten doorgaat dan men eigenlijk van plan was (controleverlies), wat negatieve gevolgen kan hebben voor andere levensdomeinen.
Vaak genoemd worden: problemen met de werkgever of de studie, en het onvoldoende tijd weten vrij te houden voor huishoudelijke taken en het zorgen voor de kinderen. Na zo'n lange internetsessie heeft menigeen ook het gevoel zijn tijd verdaan te hebben aan een zinloze bezigheid. Het Internet speelt voor diverse geïnterviewden, ook wanneer zij niet online zijn een belangrijke rol. Vaak zijn zij al aan het anticiperen op een volgende internetsessie, en voelen geïnterviewden zich geagiteerd en onrustig wanneer ze niet online kunnen. Deze preoccupatie met het Internet en het eerder genoemde verlies aan controle hebben nogal eens tot gevolg dat relaties met partner en/of vrienden onder druk komen te staan.
Uit de psychologische testen komt tot slot naar voren dat veel van de geïnterviewden relatief veel spanningen en klachten van depressieve aard ervaren en hiermee niet goed om weten te gaan. Draaglast en draagkracht lijken niet met elkaar in evenwicht te zijn. De uitslagen op de persoonlijkheidsvragenlijst suggereren dat bestaande (latente) psychopathologie mede debet kan zijn aan het problematische karakter van het internetgebruik.

Hoofdstuk III: Problematisch internetgebruik: contacten met de hulpverlening en behoeften van hulpverleners

In hoofdstuk 3 wordt verslag gedaan van het onderzoek naar internetproblematiek in de hulpverlening. In dit onderzoek is geïnventariseerd in hoeverre en op welke manier internetgerelateerde problemen in de hulpverleningspraktijk aan de orde komen. Daarnaast is een behoeftepeiling onder hulpverleners uitgevoerd, waarin werd nagegaan in hoeverre hulpverleners behoefte hebben aan deskundigheidsbevordering en een diagnostisch instrument op het gebied van internetproblematiek.

Het betrof een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder 440 hulpverleners in de verslavingszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Uiteindelijk hebben 143 hulpverleners, waarvan de meesten in de verslavingszorg werkzaam zijn, een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Vanwege een lage respons onder hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg en een beperkte verspreiding van vragenlijsten onder hulpverleners in de maatschappelijke dienstverlening, hebben de resultaten vooral betrekking op hulpverleners in de verslavingszorg.

Uit de resultaten komt naar voren dat de meeste hulpverleners in de verslavingszorg denken dat mensen met een primaire hulpvraag omtrent problematisch internetgebruik niet voor hulp bij de eigen verslavingszorginstelling terecht kunnen. Het feit dat er geen specifieke behandeling voor internetgerelateerde problematiek bestaat, dat zulke behandelingen niet door ziektekostenverzekeraars worden vergoed, en dat deze groep cliënten (nog) niet tot de primaire doelgroep van de instelling behoort, worden hiervoor als reden gegeven.
Desalniettemin laten de resultaten zien dat een kwart van de hulpverleners in de verslavingszorg zelf te maken heeft gehad met één of meerdere cliënten met internetgerelateerde problemen. Dat internetgerelateerde problemen regelmatig in de hulpverleningspraktijk naar voren komen, blijkt ook uit de gegevens verkregen onder hulpverleners in de maatschappelijke dienstverlening; van de 20 maatschappelijk werkers hebben er 13 contact gehad met cliënten met internetproblemen. Doorgaans melden cliënten zich met andere problemen aan, en komen internetgerelateerde problemen pas in tweede instantie naar voren. Ook in de verslavingszorg betreft de primaire hulpvraag in de regel andere verslavingsproblemen.
Daarnaast wordt vaak melding gemaakt van eenzaamheid, relatieproblemen, persoonlijkheidsstoornissen en depressie. De meeste cliënten met internetgerelateerde problemen zijn van het mannelijke geslacht en tussen 20 en 50 jaar. Chatten, gaming en het bezoeken van pornosites worden als belangrijkste activiteiten genoemd.
Ondanks het feit dat een kwart van de hulpverleners in de verslavingszorg zelf met cliënten met internetgerelateerde problemen te maken heeft gehad, is een ruime meerderheid van deze hulpverleners van mening niet over de vereiste kennis en vaardigheden te beschikken om deze cliënten te kunnen helpen. Meer dan de helft van de hulpverleners in de verslavingszorg zegt dan ook behoefte te hebben aan deskundigheidsbevordering op het gebied van internetgerelateerde problemen, evenals een instrument om zulke problemen te kunnen diagnosticeren. Een sterke behoefte aan deskundigheidsbevordering komt overigens ook naar voren bij hulpverleners in de maatschappelijke dienstverlening. Over de geestelijke gezondheidszorg is gezien de lage respons geen uitspraak te doen.
Geconcludeerd kan worden dat de toegankelijkheid van de verslavingszorg voor mensen met internetgerelateerde problemen laag is, terwijl deze cliënten met grote regelmaat in de verslavingszorg en daarbuiten worden gesignaleerd. Om de toegankelijkheid van de verslavingszorg voor deze groep te bevorderen is het noodzakelijk dat hulpverleningsinstellingen en ziektekostenverzekeraars, meer dan nu het geval is, op de hoogte zijn van de omvang en ernst van het probleem. Daarnaast is specifieke deskundigheidsbevordering onder hulpverleners en de ontwikkeling en implementatie van een diagnostisch instrument gewenst.

Hoofdstuk IV: Ontwikkeling en validatie van de schaal Compulsief Internetgebruik

Het belangrijkste doel van het vierde deelonderzoek was het ontwikkelen en valideren van een instrument waarmee de ernst van internetgerelateerde problematiek vastgesteld kan worden en een inschatting gemaakt kan worden van het vóórkomen van problematisch internetgebruik in Nederland. Daarnaast was het doel na te gaan in welk opzicht problematische internetgebruikers zich onderscheiden van de overige internetgebruikers, om zo karakteristieke kenmerken van problematische internetgebruikers te achterhalen.

Door middel van een online enquête zijn 447 veelvuldige gebruikers of heavy users (minstens 16 uur internet per week voor privé-doeleinden) van het Internet ondervraagd over de mate waarin zij het Internet (en de verschillende internetapplicaties) gebruiken en de mate waarin zij zelf het idee hebben problemen door het internetten te ervaren of aan het Internet verslaafd te zijn. Verder bevatte de enquête een uitgebreide versie van de eerder gebruikte IVO-schaal Problematisch Internetgebruik, bestaande uit een lijst met 17 internetgerelateerde problemen.
Uit de resultaten komt naar voren dat heavy users vrijwel dagelijks meerdere uren aan het internetten zijn, gemiddeld zo'n 25 à 30 uur per week. Een aanzienlijk deel van de heavy users, namelijk zo'n 20%, denkt verslaafd aan het internetten te zijn of te zijn geweest. Dit betekent echter nog niet dat zij zelf ook vinden dat hun internetgedrag een problematische vorm heeft aangenomen; dit wordt door minder dan één tiende van de respondenten als zodanig ervaren. Een groter deel, een kleine 20%, geeft wel aan dat naasten het internetgedrag van de respondent in enige mate problematisch vinden. Het subjectieve gevoel problemen met het eigen internetgebruik te ervaren, blijkt gemiddeld vaker voor te komen bij werklozen en in belangrijke mate samen te hangen met het gevoel de controle over het internetgebruik verloren te hebben, negatieve sociale gevolgen te ervaren door het internetten, en het idee te hebben op het Internet een hogere status te hebben verworven dan in de 'echte' wereld.
Analyses ten behoeve van schaalconstructie laten zien dat het instrument drie onderliggende concepten meet: de klassieke kenmerken van verslaving (controleverlies en preoccupatie/obsessie), het verbergen van het internetgedrag voor anderen, en het gebruik van het Internet als middel om met problemen en negatieve gevoelens om te gaan. Op basis van zowel theoretische als inhoudelijke gronden is besloten om het eerste concept te definiëren als 'compulsief internetgebruik'. De schaal Compulsief Internetgebruik blijkt een goede interne betrouwbaarheid te bezitten en een goede externe validiteit, blijkend uit een hoge correlatie met de subschaal van de reeds gevalideerde Online Cognition Scale, die eveneens de klassieke verslavingskenmerken meet.
Ten behoeve van prevalentieschattingen is vervolgens een afkappunt voor de schaal Compulsief Internetgebruik bepaald, zodanig dat een score hoger dan het afkappunt naar alle waarschijnlijkheid betekent dat de betreffende internetgebruiker een gebrek aan controle over het eigen internetgebruik ervaart en het internetgebruik een dwangmatig karakter heeft gekregen. Ter validering van het afkappunt is de respondenten gevraagd in hoeverre zij zichzelf verslaafd achten aan het Internet, dachten het te zijn geweest, of het nog te kunnen worden. Na het vaststellen van een afkappunt kan een schatting gemaakt worden van het percentage compulsieve internetgebruikers in Nederland. Dit percentage blijkt, na extrapolatie, ongeveer 1.1% te bedragen, wat overeenkomt met zo'n 66.000 compulsieve internetgebruikers in Nederland.
Als we kijken naar verschillen tussen compulsieve en niet-compulsieve internetters blijken compulsieve internetgebruikers korter over een internetaansluiting te beschikken, en meer tijd aan internetten te besteden dan niet-compulsieve gebruikers. Het meest sterk lijkt compulsief internetgebruik echter samen te hangen met 'gaming' en met het zoeken van een partner op Internet ('dating'). Gebruikers van deze applicaties hebben ongeveer 3 keer zo veel kans om een compulsieve internetgebruiker te zijn. Verder voelen de compulsieve internetters zich iets vaker eenzaam. Erg opvallend is tot slot dat personen die het Internet als middel gebruiken om met problemen om te gaan of negatieve emoties te verminderen, een 20 keer hogere kans hebben om een compulsieve internetgebruiker te zijn dan mensen die het Internet hier niet voor gebruiken.

Tot slot nog enkele beschouwende opmerkingen bij het huidige onderzoek.

De drie empirische studies die hier beschreven worden zijn vooral exploratief van aard. Het wetenschappelijk onderzoek naar internetgerelateerde problemen staat nog in de kinderschoenen en wordt gekenmerkt door een gebrek aan theoretische diepgang. Daarom is bewust gekozen voor onderzoek dat gericht is op theorievorming in plaats van theorietoetsing. De resultaten van het huidige onderzoek leveren een substantiële bijdrage aan de ontwikkeling van theorieën over processen die ten grondslag liggen aan het ontstaan van intergerelateerde problemen, meer in het bijzonder compulsief internetgebruik. Zo heeft Hoofdstuk 2 meer inzicht opgeleverd in de specifieke voordelen die het internet biedt, en in de persoonlijkheidskenmerken en omstandigheden die maken dat het Internet voor bepaalde personen een extra aantrekkelijk medium is. Hoofdstuk 4 laat vervolgens zien dat het niet zozeer gaat om wat mensen op Internet doen, maar veeleer waarom ze het doen. Vooral personen die het Internet gebruiken als middel om met hun persoonlijke problemen om te gaan, lijken bevattelijk voor het ontwikkelen van compulsief internetgedrag. Deze en andere bevindingen bieden goede aanknopingspunten voor de ontwikkeling van een theoretisch model ter verklaring van compulsief internetgebruik.

Vervolgonderzoek zou daarom vooral gericht moeten zijn op de ontwikkeling en toetsing van een theoretisch model dat beschrijft welke intra- en interpersoonlijke processen een rol spelen bij het ontstaan van compulsief internetgebruik en welke persoonlijkheidskenmerken dit proces beïnvloeden. Ten behoeve van de ontwikkeling van zo'n theoretisch model is allereerst meer kwalitatief en psychodiagnostisch onderzoek noodzakelijk.

Om het ontwikkelde verklaringsmodel vervolgens empirisch te toetsen is kwantitatief onderzoek essentieel. Naast de wetenschappelijke waarde van zo'n verklaringsmodel, kan het ook een grote praktische waarde hebben. Zo kan het de basis vormen voor de ontwikkeling van een behandelmethodiek voor compulsief internetgebruik en/of de ontwikkeling van een training gericht op de deskundigheidsbevordering van hulpverleners.
Zoals James C. Maxwell het ooit verwoordde: "*There is nothing more practical than a good theory*".

10 jaar DrugLijn, 5 weetjes

Tweede weetje

En, krijg jij veel oproepen?

De DrugLijn is mede bekend van haar folderreeks "Meest gestelde vragen". De vraag die men als DrugLijnmedewerker echter het vaakst krijgt is: krijgen jullie veel oproepen?

Na 10 jaar DrugLijn tellen we begin november 2004 de kaap van 55.000 gesprekken (lees: ernstige gesprekken; grappen, stille bellers en bellers die onmiddellijk inhaken niet meegerekend). De gemiddelde gespreksduur schommelde de voorbije 10 jaar rond 12 minuten. De DrugLijnbeantwoorders hebben dus voor 660.000 minuten de bellers te woord gestaan. Omgerekend is dat meer dan 1 jaar en drie maanden continue telefoongesprekken.

Met 94 gesprekken was juni 1994 de rustigste maand (de DrugLijn was toen 2 maand operationeel); de drukste maand was maart 2002 met 676 gesprekken.



I. OMGAAN MET ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK IN EEN RISICOMAATSCHAPPIJ

1.1 OMGAAN MET DRUG- EN ALCOHOLPROBLEMATIEK IN DE OCMW-SECTOR

Koen Vansevenant
hulpverleningsconsulent
V&V Maat, Gent

Een risicomaatschappij is een samenleving vol uitdagingen en kansen, maar ook met risico's en bedreigingen. De beschikbaarheid van genotmiddelen en stimulerende middelen zijn een onderdeel van deze risicovolle 'opportuniteiten'. Alcohol is vrijelijk beschikbaar, algemeen aanvaard als stimulerend en verdovend middel, maar ook medicatie wordt in België rijkelijk gehanteerd en illegale drugs zijn vast onderdeel geworden van een bepaalde jeugdcultuur.

Als mensen terechtkomen in een pijnlijke, risicovolle situatie dan is er een bijna vanzelfsprekende cultuur om via het hanteren van alcohol, drugs en medicatie om te gaan met stressvolle en pijnlijke toestanden. Bij aanhoudende stress- en onmachtsituaties en contexten van fundamentele crisis, isolement en armoede zijn middelen in de meeste situaties een vast onderdeel van de negatieve spiraal. Alcohol, drugs en pillen zijn het standaardsmeermiddel bij een verhaal van strijd en verlies. Anders gesteld: onze risicomaatschappij is op zich reeds zo stressvol en neurotisch dat gebruik van 'middelen' een vast onderdeel uitmaakt van de wijze waarop omgegaan wordt met deze druk. Het gebruik is een risico dat precies de risico's kan verhogen en dan ook onderdeel uitmaakt van een ernstig uitschuifverhaal. Bij personen die geconfronteerd worden met een aanhoudende chronische crisisfunctionerende en multi-problematiek zijn middelen veelal een deelaspect, overlevingsstrategie en onderdeel van de verbindingsproblematiek.

Bij randgroepjongeren is het omgaan met drugs en alcohol meestal een onderdeel van de groepscultuur. Geïsoleerde jongeren die niet gebruiken, verhogen het risico op isolement door het niet-gebruik, maar gebruik verhoogt de kloof met de samenleving: een paradox.
Middelengebruik is bij mensen aan de rand van de samenleving, die geconfronteerd worden met armoede, afhankelijkheid en isolement een veel voorkomend gegeven.

De eerstelijnssector, waaronder de OCMW-sociale diensten, zijn vertrouwd met cliëntsituaties waarbij alcohol en drugs een onderdeel uitmaken van de totaalproblematiek.
De visie op het gebruik speelt een belangrijke rol in de aanpak van het probleem. De maatschappelijk werker die het als een probleem ziet naast de vele andere problemen en vlug overgaat tot clichés als 'alcohol- of drugverslaafd', zonder een goed zicht te hebben op de impact en betekenis van het gebruik, werkt eerder stigmatiserend in plaats van versterkend. De hulpverlener die met een open kijk stilstaat bij het middelengebruik en probeert een zicht te krijgen op de samenhang met de andere problemen, het oplossingsgehalte van het gebruik, de betekenis voor de hulpvrager en de onmacht en risico's tot verslaving, maakt meer kans om met de cliënt in dialoog te kunnen treden over het gebruik.

In de OCMW-sector wordt bij alcohol- of druggebruik automatisch gedacht aan verwijzing of verplichte ontwenning. De hulpvrager wordt onder druk gezet, wat de onmacht van de cliënt en het risico op afstand, wantrouwen en strijd nog doet toenemen.

OCMW-maatschappelijk werkers zijn net zeer goed geplaatst om een dialoog over het middelengebruik een plaats te geven in de bredere begeleiding; om vanuit de aanpak van concrete materiële problemen op het vlak van inkomen, huisvesting, toegang tot gezondheidszorg en andere sociale grondrechten het vertrouwen te winnen om andere thema's bespreekbaar te stellen; om het middelengebruik als deel van het dagelijks leven en overleven te zien, en te zoeken wat een zicht zou kunnen geven op verandering. Doorverwijzing is soms een zeer lange weg en blijkt in bepaalde gevallen ook niet zinvol te zijn.

OCMW-maatschapelijk werkers vragen vorming en ondersteuning bij de begeleiding van complexe cliëntsituaties. Het middelengebruik en de problemen die er mee gepaard gaan zijn veelal slechts een onderdeel van een tragisch breedverhaal. Maatschappelijk werkers missen de ondersteuning en randvoorwaarden om deze zaken methodisch in een participatieve en integratieve begeleiding op te nemen. Een organisatie als VAD zou op bepaalde supervisies een ondersteunende rol kunnen opnemen. Hiertoe moet eerst een regulier en erkend systeem van interne vorming en supervisie op inhoudelijk en methodisch vlak uitgebouwd worden.

1.2 DRUGPROBLEMATIEK IN DE BIJZONDERE JEUGDZORG: DE AANPAK VAN DE PLAN-AID

Anne De Keyser
pedagogisch verantwoordelijke
De Plan Aid, voorziening Bijzondere Jeugdzorg, Brussel

De Plan-aid is een begeleidingscentrum binnen de Bijzondere Jeugdzorg voor meisjes (leeftijd 3 jaar – 20 jaar) die in een problematische opvoedingssituatie verkeren. Zij komen bij ons terecht op verwijzing van het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of de Jeugdrechtbank.

We zijn een open residentiële voorziening, m.a.w. de meisjes kunnen bij ons dag en nacht terecht, ook tijdens de weekends en de vakanties. Vanuit ons centrum gaan ze elke dag naar school. Indien ze geen school lopen wordt er naar alternatieven gezocht: werken, vrijwilligerswerk, ...

Door de opname wordt de opvoedingsverantwoordelijkheid gedurende een bepaalde periode met het gezin gedeeld of in uitzonderlijke situaties tijdelijk overgenomen. Zo wordt bij hen de draaglast verminderd waardoor er ruimte komt om de problemen die aanleiding waren voor deze toch ingrijpende maatregel samen met ons aan te pakken. Op deze manier kan voorkomen worden dat de plaatsing van een jongere uitloopt in een langdurige verwijdering uit hun gezin en leefmilieu. Terugkeer naar huis is indien mogelijk en wenselijk de optie. Voor enkele meisjes wordt (zoveel als mogelijk in samenspraak met hun gezin) gewerkt naar zelfstandig wonen.

Ook de meisjes die bij ons verblijven worden geconfronteerd met de toenemende aanwezigheid van drugs/gebruik/misbruik binnen onze huidige maatschappij. Net als iedereen worden ook zij a.h.w. dagdagelijks uitgedaagd een keuze te maken in het al of niet ingaan op dit aanbod.
De keuzes die zij maken verschillen niet van deze die hun leeftijdsgenoten op school of in hun jeugdclub maken. Net zoals bij alle jongeren valt ook bij hen vooral de grote diversiteit op in hoe zij ermee omgaan.
Zo gaan sommige meisjes experimenteren met (soft)drugs of alcohol vanuit de behoefte bij hun leefwereld te horen waardoor dit gebruik niet onmiddellijk gezien dient te worden als een signaalgedrag voor een meer onderliggende problematiek.
Vanuit deze nood kan druggebruik dan wel of niet problematisch zijn en/of worden, afhankelijk van diverse persoonlijke en contextfactoren en de wisselwerking tussen beide.
Bij een andere groep meisjes is het druggebruik/misbruik duidelijk wel een signaalgedrag voor iets onderliggend en dienen zij hierin op een voor hen aangepaste manier begeleid te worden.

Wij als begeleiders ervaarden een continu spanningsveld tussen enerzijds de zorg voor de onderliggende betekenis voor dit mogelijk 'signaalgedrag' en anderzijds de nood aan de duidelijke grenzen voor alle jongeren binnen De Plan-aid.
M.a.w. hoe kunnen we op een zodanige manier zorgen dat grenzen stellen geen afbreuk doet aan het begrip-hebben-voor en vice versa, dat 'het begrijpen van' niet impliceert dat grenzen minder strikt gehanteerd dienen te worden.

Een duidelijker drugbeleid voor zowel de begeleiding als voor de meisjes en hun context drong zich op.

1.3 Een alcohol- en drugbeleid in Alternatief, centrum voor begeleiding van kansarmen naar tewerkstelling

Ludo Bosmans
projectconsulent
Alternatief, Hasselt

Alternatief vzw is een opleidingscentrum voor kansengroepen. We begeleiden mensen die weinig kansen krijgen op de arbeidsmarkt door hen een opleiding of werkervaring aan te bieden. Eventueel voorzien we tewerkstelling in onze sociale werkplaats.

Alternatief is gegroeid uit een bekommernis voor mensen met tal van problematieken waaronder alcohol en drugs. Sinds het prille begin in 1987 kreeg het beleid zijn beslag in een positieve benadering van de mensen!
Dat betekent tolerant zijn, altijd opnieuw kansen geven, mensen begeleiden naar hulpverlening, geen vooroordelen. Maar naarmate de organisatie groeide werd duidelijk dat deze bezieling alleen niet meer voldoende was voor een kwaliteitsvolle werking. Zo stelden we vast dat begeleiders, ondanks hun gemeenschappelijke bezieling, soms uiteenlopend reageerden op de alcohol- en drugproblematiek.
Enkele voorbeelden om dit duidelijk te maken:

- een doelgroepmedewerker met een alcoholprobleem mag tijdens de dag één pint bier drinken, zogezegd om beter te kunnen functioneren ...,
- een begeleider houdt therapeutische gesprekken met een cursist ...,
- een andere begeleider merkt op: "We moeten daar korte metten mee maken en ze buitengooien als ze niet willen stoppen met drinken",
- een aangetekend schrijven als tussenstap in een mogelijke ontslagprocedure heeft geen motiverend effect omdat het dreigement nog nooit werd uitgevoerd.

Aan de basis van deze verscheidenheid in reacties ligt een fundamentele behoefte aan beleidsmatige sturing. Wij hebben deze sturing vorm gegeven in een alcohol- en drugbeleid, ontwikkeld door een werkgroep met personeelsleden uit alle geledingen. Dit beleid maakt de houding van Alternatief met betrekking tot de alcohol- en drugproblematiek inzichtelijk en biedt concrete procedures en werkinstrumenten voor de medewerkers om hiermee om te gaan.

Vanuit de sociale bewogenheid van Alternatief heeft de werkgroep voorafgaandelijk de principes, de grenzen en de mogelijkheden van het alcohol- en drugbeleid geduid. Kwestie van de valkuilen reeds van tevoren in kaart te brengen.

1) het beleid is op iedereen van toepassing, zowel personeelsleden als cursisten,
2) het beleid wil de kansen op behoud van tewerkstelling verhogen,
3) respect voor de privé-sfeer: het functioneren staat centraal en niet de verslavingsproblematiek zelf,
4) een volledig sluitend systeem van regels is een mythe!
   Een reglementering uitwerken is relatief eenvoudig. Want een overtreding leidt dan automatisch tot een sanctie, gaande van berisping tot ontslag. Heel verleidelijk omwille van zijn eenvoud, maar de realiteit laat zich niet zo gemakkelijk in regeltjes vatten. Met dergelijke reglementering belandt de alcohol- en drugproblematiek bovendien heel gemakkelijk in de taboesfeer. En dan wordt het pas echt moeilijk om dergelijke problematiek te bespreken.
   We willen kansen op herstel en mogelijkheden creëren inzake hulpverlening. Geen repressie dus maar wel een kader met duidelijke grenzen van wat wel en niet getolereerd wordt met ruimte voor begeleidingsmogelijkheden. In dat verband spelen de collegae en leidinggevenden een cruciale rol.

Op dit moment worden alle personeelsleden vertrouwd gemaakt met het 'alcohol- en drugbeleid' d.m.v. interne vormingsmomenten. In de toekomst zal het alcohol- en drugbeleid preventief worden ingebed in het vormingsbeleid.

10 jaar DrugLijn, 5 weetjes

Derde weetje

Radio DrugLijn

Een verjaardag luister bijzetten doe je met muziek. Dat de derde week van november altijd al een week met bijzondere aandacht is voor de alcohol- en andere drugthematiek, zal dankzij "10 jaar DrugLijn" ook aan de radio te horen zijn.
Concreet betekent dit dat in de loop van deze week een aantal verzoekprogramma's hun programmatie voor één dag zullen afstemmen op de alcohol- en drugthematiek.
Een paar voorbeelden: Studio Brussel stelde maandag 15 november de playlist van het programma "Choose Life" volledig af op "drugs & rock 'n roll"; Radio Donna deed woensdag 17 november hetzelfde met het programma "Klant is Koning"; Radio 2 brengt op zondagavond in het verzoekprogramma "Vragen staat vrij" 3 nummers over drank, drugs en pillen. Ook Radio 1 en 4fm werken mee. De lijst met songs is raadpleegbaar op www.druglijn.be.

Wie liever leest dan luistert kan de hele week terecht bij De Standaard. Naar aanleiding van 10 jaar DrugLijn brengt deze krant 6 dagen lang een artikelreeks over alcohol en andere drugs.



II. CRAVING: HOE PAK JE DIT THERAPEUTISCH AAN?

2.1 FARMACOTHERAPEUTISCHE BENADERING VAN CRAVING

Dr. Stan Ansoms
voorzitter VAD/hoofdgeneesheer-psychiater
PK Broeders Alexianen, Tienen

Craving is een zeer complex begrip met zowel psychologische als meer biologische deelaspecten. Gedurende de voorbije jaren kreeg men meer inzicht in de neuro-biochemische achtergrond van het addictieve proces. Geleidelijk aan leidt dit tot een meer specifieke farmacologische beïnvloeding van de afhankelijkheid aan middelen. Op basis van fundamentele research en klinische trials kon men voor een aantal moleculen (bv. acamprosaat, rimonabant, ...) aantonen dat zij een specifieke werking hebben op het fenomeen craving. Dergelijke farmacotherapie vermindert dan ook de neiging tot terugval.

Anderzijds moeten wij vaststellen dat het begrip craving moeilijk te definiëren is en evenmin gemakkelijk te meten is. Men valt telkens terug op pogingen tot een vaag kwantificeren (visuo-analoge schaal) van de subjectieve perceptie van craving. Indien men tracht te werken met een zgz. specifieke vragenlijst (OCDS), dan krijgt men vlug de indruk dat men ook andere klinische aspecten meet.

In feite stellen wij vast dat craving ook een deelaspect is van *het terugvalproces* dat mee beïnvloed wordt door andere klinische aspecten, o.a. het acuut ontwenningssyndroom, de postacute ontwenning, comorbiditeit en vooral ook de invloed van zeer uiteenlopende psychosociale triggers. Ook voor deze aspecten hebben wij diverse farmacotherapeutische mogelijkheden (substitutieproducten, andidepressiva, anxiolytica, ...). Indirect kunnen zij eveneens het fenomeen van craving gunstig beïnvloeden.

Tenslotte zal farmacotherapie best tot zijn recht komen binnen de context van een meer *globale biopsychosociale hulpverlening*. Dan blijkt eveneens dat het concept craving ook gelinkt is aan *de motivatie*.

2.2 GEDRAGSTHERAPEUTISCHE AANPAK VAN CRAVING

Ilse Hostyn
klinisch psycholoog
PZ Heilig Hart/afd. "De Wending 1", Ieper

Binnen de verslavingszorg is craving een fenomeen waar iedereen tegenaan botst en de mensen met een problematisch middelenmisbruik des te meer.
Craving wordt dan ook beschouwd als één van de belangrijkste factoren bij het risico op terugval na een periode van abstinentie. Doordat craving tot vele jaren na het stoppen met drinken kan optreden, draagt het bij tot de instandhouding van het verslavingsgedrag en daarmee aan het recidiverende karakter van alcoholafhankelijkheid.

Op De Wending 1 wordt er gestreefd om te werken vanuit een bio-psycho-sociaal perspectief met als therapeutisch kader de cognitieve gedragstherapie in de breedste zin ...
Binnen het behandelaanbod van de afdeling komen volgende interventies aan bod: psycho-educatie voor patiënten en familieleden, 'denken over gebruik', zelfcontroleoefeningen, zelfcontrolebesprekingen, groepstherapieën, Goldsteintraining, zinvolle tijdsinvulling, ergo-, koppel- en gezinstherapie, relaxatie- en bewegingstherapie.

In het verloop van de behandeling worden de patiënten (en de hulpverleners) gestimuleerd om stapsgewijze verandering na te streven. We nemen de tijd om zicht te krijgen op de individuele problematiek van de persoon, zoeken naar mogelijke aanpassingen en alternatieven en gaan geleidelijk aan nieuwe vaardigheden uitproberen. In de hoop en de verwachting dat mensen met meer zelfvertrouwen en zelfcontrole, craving leren hanteren.

Sinds vele jaren wordt er heel wat onderzoek verricht naar oorzaken en gevolgen van alcoholafhankelijkheid, biologische en psychologische factoren die hierbij een rol spelen en de mogelijke interventies die efficiënt blijken bij deze problematiek.

Tijdens de uiteenzetting wordt een overzicht gegeven van enkele belangrijke verklaringsmodellen die bij ons op de afdeling een ondersteuning bieden bij het werken met mensen met een alcoholprobleem. Anderzijds worden er enkele modellen aangekaart die binnen de verslavingszorg een duidelijke meerwaarde bieden, maar die nog niet geïntegreerd zijn in de werking op De Wending 1.

1) Genetisch kwetsbaarheidsmodel
2) Leertheoretisch model:
   - Sociaal leren
   - Operante conditionering (Miller)
   - Klassieke conditionering:
     - Geconditioneerde onthoudingssyndroom van Ludwig en Wikler
     - Compensatiemodel van Siegel
     - Positieve verwachtingsmodel van Marlatt
     - Psycho-biologisch model van Verheul
3) Sociaal cognitief model:
   - Cognitief gedragsmodel van Marlatt
   - Cognitief werkmodel van afhankelijkheidsgedrag van De Wildt en Schippers
   - De rol van automatische en niet-automatische processen van Tiffany

Elk van deze modellen geeft aangrijpingspunten voor interventies in de praktijk zoals: medicamenteuze ondersteuning, cognitieve herstructurering, terugvalpreventie, cue-exposure, ...

Dit wordt geïllustreerd aan de hand van praktijkvoorbeelden.

2.3 BEWEGINGSTHERAPIE EN CRAVING

Griet Peetermans
bewegingstherapeut
PC Broeders Alexianen, Boechout

In deze uiteenzetting zou ik het graag hebben over psychomotorische therapie (of bewegingstherapie) en craving.

Bewegingstherapie: algemeen

Een mogelijke indeling in de psychomotorische therapie (pmt) is: lichaamsgericht en bewegingsgericht. Uiteraard is dit een theoretische indeling en overlappen deze twee delen elkaar in de praktijk regelmatig.
Onder bewegingsgerichte aspecten verstaat men vooral de sport - spel vormen (lopen, basket, volley, voetbal, fitness, enz.).
Lichaamsgerichte activiteiten zijn bewegingsopdrachten rond lichaamsbeleving, lichaamsbeeld, aandacht en concentratie, samenwerking, enz ..., alsook relaxatie.

Aspecten van PMT bij mensen met middelenmisbruik

Zeer belangrijk is een duidelijke structuur, met strikte regels en afspraken. Mensen moeten sportkledij aanhebben, op tijd komen, na het sporten douchen, enz.
Bij deze populatie komen zeer frequent sportletsels voor, enerzijds door hun slechte fysieke toestand, anderzijds door het slecht inschatten van hun eigen mogelijkheden. Om dit te beperken spreek ik hen heel duidelijk aan op hun eigen verantwoordelijkheid, grijp ik snel in bij het vertonen van risicogedrag (time out, stopzetten van het spel, ...).
Zeer belangrijk is ook een goede opwarming, het aanleren van stretching, en het geven van een uitleg waarom dit zo nodig is.
Ik probeer de bewegingssessie plezant te maken. Meestal beweegt dit publiek graag, de speelse component krijgt meer de nadruk dan de competitieve.

Specifieke doelstellingen binnen de pmt bij mensen met middelenmisbruik

1. *Conditioneel werken*: een 'gezonde geest in een gezond lichaam' is één van de basispijlers van het algemeen welbevinden. Het is de bedoeling om de conditie te verbeteren, zodat de algemene fitheid toeneemt. Langdurig gebruik maakt dat de fysieke toestand zeer slecht is. Elke verbetering hierin kan een bijkomende motivatie zijn om niet terug te gaan gebruiken. In de literatuur vind je hierover veel terug (bvb de runningtherapie). Alle sport – spel- situaties komen hierbij in aanmerking (lopen, fietsen, zwemmen, enz.).

2. *Ontspanning*: via het bewegen, sporten komt er een zekere ontlading van spanning. Hen dit ontspanningsgevoel bewust laten ervaren en leren beïnvloeden kan een hulpmiddel zijn op momenten dat ze het lastig krijgen. Zo leren ze op een sociaal aanvaardbare manier om met hun spanning om te gaan. In dit kader worden ook verschillende relaxatietechnieken aangeboden.

3. *Omgaan met grenzen*: enerzijds fysieke grenzen (conditie verbeteren en leren kennen), anderzijds omgevingsgrenzen (structuur, spelregels) en emotionele grenzen. Bij dit laatste aspect vind je vooral sociale vaardigheden, omgaan met emoties, weerbaarheid, afstand-nabijheid en omgaan met kracht terug.

4. *Groepscohesie*: hen in groep een aantal dingen laten doen, waardoor ze ruimschoots de mogelijkheid hebben om 'samen' werken te ervaren. Meestal is dit heel prettig om te doen, en als groep worden ze sterker.

5. *Zelfcompetentie*: hier komen vooral oefeningen aan bod die het zelfbeeld verbeteren, oefeningen rond contact en aanraking, vertrouwen, ...

6. *Waarneming*: door gebruik vallen de zintuigen in slaap, mensen zijn niet meer gewoon om waar te nemen. Het is belangrijk de verschillende zintuigen terug wakker te maken en hiermee te oefenen.

Craving binnen de bewegingstherapie

Vermits er in de literatuur weinig valide onderzoek te vinden was, meer bepaald wat betreft het verband tussen relaxatie, fysieke oefeningen en craving, zal het accent vooral liggen op mijn eigen ervaring op de werkvloer.

Ik zal hier vooral stilstaan bij: relaxatie, meer bepaald de "applied relaxation" volgens Öst, fysieke fitheid en het gericht ontladen van energie.

Relaxatie
Mensen met middelenmisbruik gebruiken dikwijls hun product om het spanningsniveau te laten dalen. Dit zelf leren doen via een relaxatieoefening helpt hen o.a. om beter in te slapen, om zich algemeen meer ontspannen te voelen. Via de applied relaxation leren mensen in een dertigtal seconden te ontspannen. Dit kan een hulpmiddel zijn als er zucht is. Uiteraard is dit werk op lange termijn. Mensen moeten zeer gemotiveerd zijn om zich deze techniek eigen te maken, en hem dan ook nog toe te passen in bepaalde situaties.

Fysieke fitheid
Het verbeteren van de fysieke fitheid maakt hen preventief weerbaarder tegenover komende spanningen. Het regelmatig bewegen, wat nodig is om fitter te worden, zorgt automatisch voor een geregelde spanningsontlading.

Ontladen van energie
Hier kan men verschillende dingen onder verstaan. Het is zeker niet de bedoeling om in het wilde weg spanning te gaan ontladen. Ik denk eerder aan meer aanvaardbare vormen zoals bepaalde gevechtstechnieken. Ikzelf werk graag met de 'rots en water' techniek, waar eerder nadruk ligt op het stevig staan vanuit je centrum, om op die manier de moeilijke dingen tegemoet te gaan.

Knelpunten

Zoals reeds even vermeld, vraagt het aanleren van relaxatietechnieken veel tijd en nog meer motivatie van de cliënt. Die moet namelijk de discipline hebben om regelmatig te oefenen, en het gaan toepassen.
PMT is een deel van een multidisciplinair programma, de realiteit is dat ik elke groep maar maximum drie maal per week zie, in een behandelperiode van gemiddeld 6 weken. Het spreekt voor zich dat al deze aspecten maar beperkt aan bod kunnen komen.
Mensen met een middelenmisbruik hangen soms met haken en ogen aan elkaar. Werken met het lichaam als instrument is dan niet zo evident en kan heel bedreigend zijn.

2.4 PSYCHO-EDUCATIE EN CRAVING

Lieve Jordens
maatschappelijk werker/relatie- en echtpaartherapeut
CAD Limburg, Hasselt

Werkkader

De Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen zijn een ambulant centrum met regionale kantoren verspreid over de provincie Limburg. Ze bestaan uit hulpverlening, preventie en straathoekwerk.
De Centra beschikken over een uitgebreid documentatiecentrum.
Het hulpverleningsteam richt zich tot mensen die zélf problemen ervaren met alcohol, medicatie, illegale drugs en gokken, en tot hun omgeving. Meestal gaat het dan om een partner, ouder of kind, voor ons zijn dit onze 'cliënten'. Hier is er wellicht een verschil met de residentiële sector. Een beperkt aantal mensen heeft ervaring met opname.
Ik werk momenteel rond alcohol, op het kantoor te Hasselt en dit door middel van individuele en/of koppelgesprekken. Als verantwoordelijke voor de groepswerking begeleid ik maandelijkse praatgroepen en cursussen, dit samen met collega's.

Theoretisch denkkader

Mijn denkkader is, algemeen, in hoofdzaak geïnspireerd door de algemene systementheorie van de Interactie-Academie, en specifiek rond afhankelijkheid en verslaving door de 'Cirkels van van Dijk' zoals ze herwerkt en uitgebreid werden door Detox-Utrecht met o.a. Els Noorlander. Het geven van informatie van 'deskundige derden' past in de kijkverbreding; neutrale en algemene informatie los van de persoon zélf kan beter gehoord worden.
Vanuit de motivatiecirkel van Prochaska en DiClemente past het geven van informatie in elke fase. De impact die deze kan hebben is verschillend en hoogstens in te schatten. Mensen doen nadenken is een pijler in de behandeling en hervalpreventie. Voor deze bijdrage was het artikel 'Een systeemtheoretische kijk op terugval' van Els Noorlander inspirerend.

Psycho-educatie blijkt eerder een verzamelwoord te zijn voor een verscheidenheid van activiteiten waarvan informatie geven de meest voorkomende is. Ze integreert werkwijzen en doelstellingen vanuit de geestelijke gezondheidszorg én vanuit educatie aan kinderen en volwassenen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een educatieve interventie (een cursus) en een therapeutische interventie (onderdeel van de behandeling.) Ze past binnen het theoretisch denkkader.

Craving is een Engels woord. Het kan vertaald worden door 'onweerstaanbare drang', maar ook door gewoon 'zin hebben in', 'denken aan'. Het voorkomen van craving is een indicatie over de fase van gebruik. In de hervalpreventie wordt het beschouwd als een normaal biologisch verschijnsel, gebonden aan verschillende uitlokkende factoren. Craving onderkennen, verbanden ontdekken en bespreekbaar maken is een onderdeel van de behandeling. Psycho-educatie kan daartoe bijdragen.

Praktijkervaringen

Mijn eigen doelstellingen met het geven van informatie zijn o.a. antwoord te geven op vragen die mensen zich stellen; hun kennis en inzicht te verbreden; de complexiteit van afhankelijkheid zichtbaar te maken; de onmogelijkheid van 'matig' drinken voor sommige mensen en de moeilijkheidsgraad van 'nuchter-blijven'. Door informatie kunnen betekenissen gewijzigd worden; kan ik mensen taal en woorden geven; hen iets meer laten verstaan van zichzelf en van anderen. Ik hoop hierdoor het zelfwaardegevoel te verhogen, misverstanden in relaties te verminderen, uitwegen te vinden uit het vliegwiel van de steeds sneller draaiende negatieve cirkels en herval te voorkomen.
Dezelfde informatie is meestal bruikbaar voor 'drinkers' en rechtstreeks betrokkenen.

Toegepast op craving vroeg ik aan de collega's wat hen opvalt als we praten over craving, wat ze daarvan in de praktijk tegenkomen. Ik heb er mijn eigen ervaringen aan toegevoegd.

Een overzicht:

- het is een woord dat gemakkelijk in de mond genomen wordt en waarvan weinigen weten wat er precies mee bedoeld wordt,
- het is een onderdeel van een groter geheel en bijzonder lastig af te bakenen en dus ook moeilijk 'uitlegbaar',
- het kan gezien worden als een gevolg van een poging tot gedragsverandering. Alcoholgebruik gaat immers gepaard met talloze dagdagelijkse gewoonten,
- craving wordt ervaren als abnormaal,
- vragen naar craving, aan cliënten, wordt vaak gehoord als vragen naar 'fout lopen'. Craving hebben 'mag niet', roept schuld- en schaamtegevoelens op,
- craving voelen wordt genegeerd door drinkers en omgeving. Onrust, geprikkeld zijn, ... worden opgemerkt,
- uitspraken over 'goesting hebben' roepen bij de directe omgeving angst op voor herval en zij reageert er soms hevig emotioneel op,
- craving is een onderdeel van het gevecht tégen de alcohol en daalt soms spectaculair bij het innemen van antabuse, maar ook bij acceptatie, de aanvaarding van geheelonthouding,
- er zijn zeer grote individuele verschillen naargelang de persoon en het vroegere of tegenwoordige drankpatroon. Een thuisdrinker kan op totaal andere momenten en plaatsen craving ervaren dan een buitenhuisdrinker.

Bij cliënten merk ik dat ze met vele vragen zitten: o.a. "waarom lukt het in de kliniek wél en daarbuiten niet?" "Als mijn man TV-reclame over Jupiler ziet, zegt hij dat hij zin heeft om te drinken. "Doet hij dat om mij te pesten?" "Ik wil minderen/stoppen met drinken en toch lukt het me niet, hoe komt dat?"
"Waarom kan ik, kan mijn partner, de ene keer wél sociaal drinken en de andere keer niet?"
Ik hoor uitspraken als "ik voel me op mijn ongemak tussen de mensen, terwijl ik me goed zou moeten voelen nu ik niet drink". "Ik begrijp mezelf, de ander niet. Er is geen 'reden', geen probleem om te drinken en toch gebeurt het".

Hoe kan ik 'craving' iets beter doen verstaan?

Als therapeutische interventie biedt het cirkelmodel aanknopingspunten. In de praktijk zijn de cirkels niet te scheiden, hoogstens te onderscheiden. Globaal gezien geef ik stukjes informatie naargelang mensen het kunnen 'horen', dat er aansluiting is met hun verhaal. Dezelfde informatie is bruikbaar voor drinkers en dichtbetrokkenen.
In de groepen wordt informatie gebruikt als aanknopingspunt voor een begeleid gesprek. Ook hier gebruik ik onderdeeltjes. Het verhoogt de herkenbaarheid, alertheid en het 'niet-alleen-staan'.

Ik hoop dit met praktijksituaties te verduidelijken. Uiteraard zijn de situaties niet altijd zo simpel als ze hier geschetst worden. Het accent ligt hier op de craving.

Annemie en Jacques hebben heftige discussies. Annemie verwijt haar man dat hij haar beliegt, belooft te stoppen, achter haar rug drinkt, zijn belofte niet houdt en dus niet wil ... Ik merk dat Jacques klamme handen heeft, dat zijn handen 's morgens beven, dat hij slecht slaapt en eet. Hij ging met vage klachten naar de huisarts. Ik hoor dat hij zijn drinken sterk verminderde.
Ik geef informatie over ontwenning, de 'technische' kant van verslaving; aanpassingsmechanismen die het lichaam geleerd heeft, die men op zichzelf niet kan waarnemen, maar die men ervaart als craving, een sterke neiging om alcohol te gebruiken. Het lichaam dat alcohol nodig heeft, dat er eerder sprake is van 'niet-kunnen' dan van 'niet-willen'. Er komt rust in het gesprek; ze worden het er samen over eens dat een medisch consult zou kunnen helpen.

Luc komt om de twee maanden, hij is bij AA en twee jaar nuchter, voelt zich meestal goed.
Hij meldt dat hij onderweg naar de autokeuring plots onverklaarbare zin kreeg om te drinken; "het water stond hem echt in de mond". Bij navraag bleek hij in die situatie vroeger nogal eens gedronken te hebben. Andere situaties was hij meestal al gewoon zonder alcohol. Uitleg over een gewone Pavlovreactie: een geur, een geluid, een situatie, een beeld, ... die craving, plotse goesting kunnen uitlokken. Het lichaam anticipeert op de alcohol die het gewend was binnen te krijgen. Dit gebeurt gewoon omdat het lichaam iets wat het ooit grondig geleerd heeft zeer moeilijk, misschien nooit afleert. Hij is gerustgesteld en gesterkt in de noodzaak van blijvende waakzaamheid.

Ook Jeanine kan deze informatie begrijpen. Zij stopt met zoeken naar 'problemen' om haar craving te verklaren telkens ze 's avonds begint te koken. Koken was voor haar gekoppeld aan alcohol-drinken. Ze heeft de alcohol vervangen door iets lekker alcohol-vrij.

Bij Mia en Jan is de reactie gekoppeld aan winkelen.
Vooral het 'normale' van de reactie stelde hen gerust; zoeken naar vergelijkingen, met iets anders dan alcohol helpt het verschijnsel beter te verstaan.

Gebeurtenissen vandaag roepen herinneringen aan vroeger op. Zo ook bij Rosita. Ze bezoekt een doodzieke man, hij doet haar denken aan haar grootmoeder toen zij stierf. Ze dronk toen veel en lette voortdurend op of niemand dit zag. Nu heeft ze veel last van craving, het voelt zelfs soms alsof ze gedronken heeft en ze kijkt angstvallig rond zich. Uitleg over 'hoe mensen meestal reageren in emotionele momenten; hoe ze automatisch vertellen over vroegere ervaringen', kan ze verstaan.

Doorheen de jaren zijn er talloze gewoonten, onbewuste automatismen ontstaan die men pas begint te beseffen bij pogingen om hierin verandering te brengen. Elke verandering is bijzonder lastig en brengt verwarring, prikkelbaarheid, gevoelens van onzekerheid met zich mee. Uit ervaring weet ik dat details belangrijk zijn. Mensen keren automatisch terug naar het bekende. Gevolg: craving?

De sociale cirkel is de meest belangrijke cirkel, ook de moeilijkste ...

Simonne signaleert dat ze de laatste dagen veel last had van craving. Haar tienerdochter was kwaad op haar en in haar gezin wordt geen rekening meer gehouden met haar drinken, terwijl het haar zoveel moeite kost. Er wordt weer 'alles ' van haar verwacht. "Is het wel de moeite waard?", vraagt ze zich af. Ze mist ook contacten buitenhuis.
Ik hoop dat informatie over 'hoe er in onze maatschappij gedacht wordt over alcoholproblemen; over hoe de mensen in het algemeen denken' haar kan steunen. Gezien vanuit de cirkels geeft haar dochter haar een compliment: alcohol staat niet meer centraal, ze gedraagt zich zoals de meeste tienerdochters zich gedragen. In de vrouwengroep kan ze verkennen of andere vrouwen iets dergelijks meemaken.

Mensen zijn sociale wezens voor wie het van wezenlijk belang is om erbij te horen:

Bea signaleert dat haar man die nu twee jaar nuchter is, bij AA is open gebloeid en veel meer contacten heeft. Thuis, 's avonds, is hij teruggetrokken en stil, "zoals in zijn drankperiode". Zij vreest voor herval. Bij navraag blijkt dat een dochter en haar vriend recent inwonen en dat ze elke avond 'iets drinken'. Haar man 'hoort er niet meer bij'!

Voor de meeste mensen met alcoholproblemen heerst er -onbewust- een taboe op afwijken en alles moet kunnen, moet perfect zijn. Vooral voor buitenhuisdrinkers is er doorheen de jaren een aanpassingsproces naar situaties waarin het veel alcohol drinken niet opvalt. Bij niet-drinken voelt het leven totaal anders aan. Mensen vallen bij géén alcohol drinken gewoon uit de boot in situaties waarin ze vroeger functioneerden met alcohol: op het werk, thuis, bij familie, in het verenigingsleven. Dit wordt meestal niet gezien door de directe omgeving! Het geeft mensen afschuwelijke gewaarwordingen van vervreemding, eenzaamheid, met als gevolg: heimwee naar vroeger en craving!

De botsing tussen de dwingende onuitgesproken regels in een cultuur met een positief alcoholklimaat én de eveneens onuitgesproken dwingende regel dat mensen niet alleen zélf moeten kunnen beslissen en bovendien ook nog moeten assertief zijn, geeft een enorm conflict met veel emoties en craving!

Johan voelt dit perfect aan, hij zegt zich 'gewrongen' te voelen, 'schaakmat' te staan. Zijn houding straalt dit ook uit. Wéten dat alcohol voor hem niet deugd helpt er voorlopig niets aan. Hoe vertelt hij het zonder gezichtsverlies aan de buitenwereld? Ook zijn ouders zitten met vragen: wat zullen ze doen bij het volgende feest?

Sociaal gezien is 'geen alcohol drinken' in vele contexten een handicap. Mensen zijn 'anders dan de meeste anderen.' Het is alleen onzichtbaar, dus compleet anders en toch hetzelfde als in een rolstoel zitten: er zijn vele onvoorziene hindernissen.

De laatste jaren groeide de idee van een gestructureerd aanbod, educatieve interventies.
Er is een cursus voor drinkers en rechtstreeks betrokkenen 'Wanneer is alcohol een probleem?' Craving komt hierin aan bod in het vermelde denkkader en 'Meten met maten' voor drinkers, waarin het alcoholdagboek gebruikt wordt om goedlopende en moeilijke momenten op te sporen.

Ervaringen en knelpunten

Méér weten blijft slechts een onderdeel in het veranderingsproces. Voor sommigen verhoogt het zelfs het reeds aanwezige schuld- en schaamtegevoel. Als hulpverlener is het belangrijk te blijven beseffen dat de impact op de cliënt heel verschillend is en vooral dat de dagelijkse leefomgeving een véél grotere invloed heeft.

In de therapeutische interventies, gesprekken en groepen, is informatie geven maatwerk. Er kan rechtstreeks ingespeeld worden op de noden en de vragen hier en nu. De reacties zijn rechtstreeks merkbaar. We gebruikten o.a. de lijst met hoge risicosituaties en de tips voor de omgeving, ook terug te vinden in de VAD-plukboeken, als basis voor gesprekken in de groepen.

In de educatieve interventies, cursussen, 'Wanneer is alcohol een probleem' en 'Meten met maten' is er een opgebouwd programma dat aangeboden wordt.
Bij de evaluaties achteraf blijkt ook hier dat de inhoud van de cursus niet op de eerste plaats benoemd wordt door de cursisten. Ik heb de indruk dat mannen er méér mee bezig zijn dan vrouwen en ik hoor dat sommige cursisten de teksten ook thuis laten mee volgen en/of later opnieuw inkijken en gebruiken.

De betekenissen zijn van een groter belang:
- 'Meten met maten' wordt praktisch altijd gehoord en gelezen, ook door hulpverleners, als 'drinken met mate'. Een voorbeeld van een sociaal perspectief, sociale wenselijkheid?
- Naar een cursus gaan over alcohol is 'naar buiten komen met uw probleem', 'moeilijkheden hebben', 'mogelijk iemand tegen komen'. Het vraagt veel van mensen!
- Nadenken over eigen drinkgedrag betekent ook 'er zelf iets aan doen' en zeker niet 'in behandeling gaan'. Het kan ook betekenen 'opfrissen en in het dagelijks leven toepassen wat in de kliniek geleerd werd'.
- In de ogen van velen is moeilijkheden hebben met alcohol immers 'iets wat ge uzelf aandoet en wat ge zélf op een eenvoudige manier kunt oplossen'. Een cursus volgen is dan voor de buitenwereld aanvaardbaar.
- Ervaringen delen, anderen dan de eigen partner horen en zien, niet meer alleen zijn, zich gerespecteerd voelen … Het komt telkens weer terug als ervaren meerwaarde.

Eigen aan een ambulant centrum zijn de beperkingen van praktische aard: tijdstip, plaats en afstand.
Deelnemen aan een cursus is voor cliënten een totaal nieuwe stap naar onbekende mensen.
Voor collega's die gewend zijn individueel te werken en/of die een andere opleiding hebben is het niet evident om door te verwijzen.

10 jaar DrugLijn, 5 weetjes

Vierde weetje

Kent iedereen de DrugLijn?

Of iedereen de DrugLijn kent, weet niemand ... Toch ziet het ernaar uit dat de DrugLijn in de voorbije tien jaar wel wat bekendheid heeft verworven.

Twee studenten communicatiewetenschappen deden vorig jaar een thesisonderzoek naar de externe communicatie van een aantal telefonische hulpdiensten. Daaruit bleek dat bijna 92% van de ondervraagde jongeren al van de DrugLijn heeft gehoord. Naar geslacht was er geen verschil: jongens en meisjes kennen de DrugLijn even goed. Er is wel een onderscheid in onderwijstype: jongeren uit het ASO en TSO kennen de DrugLijn beter dan de leerlingen uit het BSO. De school blijkt de beste plaats om de DrugLijn bekend te maken (vooral via affiches en brochures).

Of de DrugLijn ook in het buitenland bekend is? Ja, de lijn kreeg bijvoorbeeld al oproepen uit Berlijn.
Of de DrugLijn ook overzee bekend is? Ja, via de website kwam recent nog een e-mailvraag uit Sint-Maarten (de Nederlandse Antillen).



III. EVALUEREN IN DE ALCOHOL- EN DRUGHULPVERLENING: EEN BLIK OP DE PRAKTIJK

3.1 HET EVALUEREN VAN HET OBSERVATIETHERAPIEPLAN IN KLINIEK DE PELGRIM AAN DE HAND VAN HET IKZ-DENKMODEL

Lutgart Bonte
algemeen coördinator/ombudspersoon
Ontwenningskliniek De Pelgrim, Oosterzele

Als ergens in de dienstverleningssector 'kwaliteit' de mens raakt, is het wel in de gezondheidszorg: maar weinige vormen van dienstverlening beïnvloeden het leven van mensen zo direct en zo persoonlijk als de hulpverlening in de gezondheidszorg. Het werken aan kwaliteit heeft dan ook een belangrijke plaats in het dagelijks hulpverleningsaanbod. In feite bepaalt kwaliteit in hoeverre we succes boeken in het voorkomen en behandelen van lichamelijke ziekten en geestelijke stoornissen. Deze laatste twee aspecten beïnvloeden het leven en het welzijn van zowel onze patiënten als hun familieleden.

Tegenover deze grote uitdaging biedt de gezondheidszorg en meer concreet een ziekenhuis een organisatie aan waarvan het *belangrijkste werkkapitaal* gevormd wordt door *mensen*: medisch, verzorgend en logistiek personeel. Van hen wordt verwacht 'gezondheid te realiseren' door inzet van hun persoonlijke arbeid, kunde en medemenselijkheid, binnen een organisatiemix waarin alles gesmeerd en op mekaar afgestemd zou moeten verlopen.
We stellen dus vast dat uitgerekend binnen één van de meest ingewikkelde bedrijfsvormen als een ziekenhuis, de grootste subjectiviteit mogelijk is, doordat de geboden zorg en behandelingen plaats vinden binnen het kader van interpersoonlijke relaties, waaraan zowel zorgontvanger als zorgverlener, elk met zijn achtergrond, zijn karakter en wan- of vertrouwen, zich overgeeft. Daarnaast heeft het ziekenhuis als organisatiesysteem vooral de laatste decennia veel te maken gehad met *veranderingen*. De snelle evolutie in de medische wetenschap en de daarmee samenhangende stijgende uitgaven, evenals de groeiende kritische zin van de gebruikers, vragen om doordachte beleidsvormen en doelbewuste ontwikkelingsstrategieën.

Uit het voorgaande blijkt de belangrijkste uitdaging van ziekenhuisorganisaties de *permanente verandering* te zijn. De ziekenhuizen die hun functie willen behouden of in toenemende mate willen waarmaken, zullen die veranderingen als normaal moeten beschouwen en hiertegenover een *flexibele organisatie* moeten stellen of aan continue kwaliteitsverbetering moeten werken. De slagvaardigheid, levensvatbaarheid en zelfs de competitiviteit van het ziekenhuis zal zich steeds meer afspelen op het terrein van de *'voortdurende kwaliteitsverbetering'*. Het nieuwe kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorziening kan binnen dit kader geplaatst worden. In tegenstelling tot het klassieke kwaliteitsbeleid, waar men zich veeleer toespitste op enkele thema's (cfr. kwaliteitsdecreet van 25 februari 1997), streeft men nu naar een meer integraal kwaliteitsbeleid dat alle facetten van het totale ziekenhuisgebeuren omvat. Dit beleid omvat dus zowel de primaire processen als de ontwikkelende, de besturende, de beheersende en de ondersteunende processen, alsook de producten (output) van die processen.

In de Powerpoint-voorstelling willen we, aan de hand van een praktijkvoorbeeld, zowel de inhoudelijke als de procesmatige (kritische succesfactoren) aspecten toelichten van het project 'voortdurende kwaliteitsverbetering van het observatieprogramma' op de observatieafdeling in de ontwenningskliniek 'De Pelgrim' te Oosterzele.
In wat volgt bieden we enkel een samenvatting aan van de uitgangspunten die gehanteerd werden tijdens de voorstelling van het praktijkvoorbeeld.

Inhoudelijke aspecten

Op inhoudelijk vlak doorloopt het project 'voortdurende kwaliteitsverbetering van het observatieprogramma' een controlecyclus die de volgende elementen omvat PLAN – DO – CHECK – ACTION (cf. Deming-cirkel). Deze vier aandachtsgebieden volgen elkaar voortdurend op.
De inhoud van het PLAN bestaat uit:

- de doelstellingen voor de observatieafdeling en wanneer we die willen bereiken (streefdoel);
- de identificatie van de activiteiten (vrijblijvend observatieprogramma): hoe willen we de doelstelling bereiken en wie is daarvoor aanspreekbaar?
- de wijze van toetsing en rapportering: hoe willen we toetsen of de doelstellingen zijn gehaald en hoe wensen we dit te rapporteren? In deze fase besteden we extra aandacht aan de kritische succesfactoren (cf. infra).

De DO-fase heeft betrekking op het uitvoeren van het plan.

In de CHECK-fase meten we in welke mate de doelstellingen voor de observatieafdeling werden gerealiseerd. Als belangrijke indicator voor het kwaliteitssysteem hanteren we hiervoor het onderzoek naar de tevredenheid van patiënten over de informatie, de frequentie, de inhoud en stiptheid van de verschillende programmaonderdelen.

De ACT-fase omvat dan, op basis van de vergelijking van de PLAN- en CHECK-fase, het bijsturen van het PLAN. In feite meten we het observatieprogramma in termen van behaalde resultaten en vergelijken we deze met de oorspronkelijke doelstelling. Op basis hiervan worden nieuwe (verbeterings)activiteiten geformuleerd.

Op deze wijze proberen we als afdeling steeds bepaalde verbeteringen in gang te zetten en te behouden. Als eenmaal de draaiende beweging is ingezet, rolt het rad -mits voortdurende inspanning van het observatieteam en het management- in de richting van steeds betere zorg. Bij iedere omwenteling van het rad is nieuwe informatie beschikbaar die kan aangewend worden om in de toekomst efficiënter en effectiever te werken en het vastgelegde kwaliteitsideaal nog beter en dichter te benaderen.

Procesmatige aspecten

Met de procesmatige aspecten bedoelen we dan die factoren die kritisch zijn ten aanzien van het bereiken van doelstellingen, ook wel kritische succeservaringen genoemd. Het gaat dan om operationele voorwaarden die de slaagkansen van dit project verhogen.

Vanuit onze praktijkervaring, tijdens dit verbetertraject, ging onze aandacht uit naar de volgende punten:

- ondersteuning door en betrokkenheid van het topmanagement (management commitment; creëren van een gepaste omgeving; strategievorming),
- kwaliteitsbewustmaking,
- training en opleiding,
- samenwerking,
- erkenning van mensen.

3.2 EVALUATIE VAN DE DIENSTVERLENING /INTEGRALE KWALITEITSZORG (IKZ): EEN MEERWAARDE VOOR DE BEHANDELINGSUNITS TER DENNEN EN PATHWAYS

Nico Deblaere
kwaliteitscoördinator/preventieadviseur
PK Broeders Alexianen, Tienen

1. Inleiding

In mijn uiteenzetting zal ik eerst evaluaties -in verband met de dienstverlening- waarbij cliënten bevraagd worden, kaderen binnen de Integrale Kwaliteitszorg (IKZ). Ik zal kort de instrumenten toelichten die hierbij worden gebruikt. Vervolgens zal ik voornamelijk stilstaan bij de ervaringen met dergelijke metingen op twee specifieke ziekenhuisafdelingen waar personen met problemen met middelengebruik kunnen behandeld worden.
Ter Dennen is de behandelingsunit voor volwassenen met een afhankelijkheidsprobleem.
Pathways is onze K-dienst waar jongeren met psychische problemen en een alcohol- of drugprobleem terechtkunnen.

2. Kwaliteit: vroeger en nu

Keuze Tienen:
- beantwoorden aan het decreet > IKZ
- sturing inhoudelijk (decreet en initiatieven bottom up)
- sturing organisatie (INK en sturing top down)

Wat zegt de literatuur:

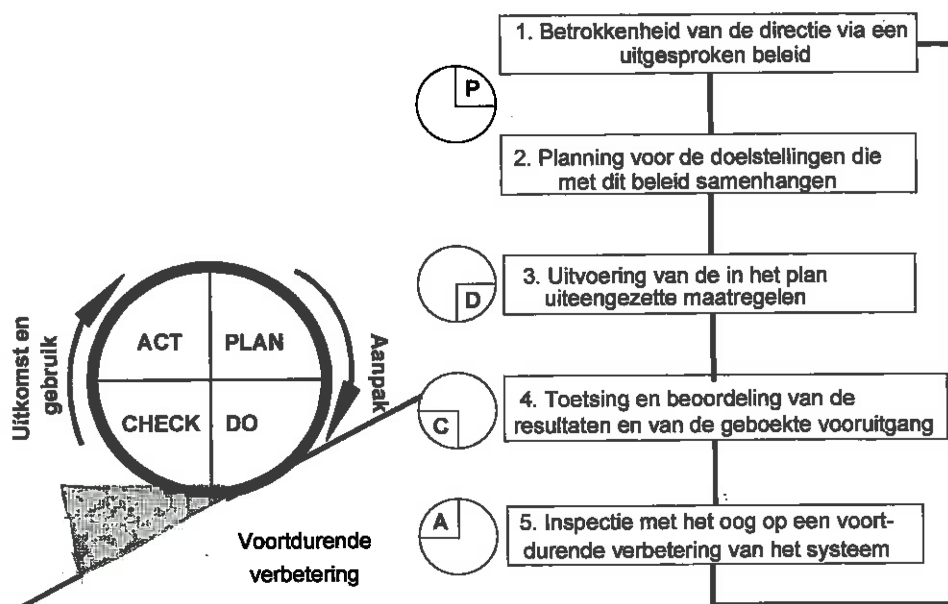
Klassieke opvattingen over kwaliteit	Nieuwere opvattingen over kwaliteit
Kwaliteit is absoluut en gebaseerd op vaste normen	Kwaliteitseisen zijn veranderlijk en afhankelijk van de context
De kwaliteit wordt bepaald door de producent	De noden van de klant vormen het vertrekpunt bij kwaliteit
Één kenmerk domineert de geleverde kwaliteit	Vele aspecten spelen mee bij de kwaliteitsbeoordeling
Product staat centraal	Dienstverlening is vitaal
Kwaliteit van de input (middelen, kwalificaties) volstaat	Kwaliteitscriteria slaan op output- en proceskenmerken
Individuele deskundigheid leidt tot kwaliteit	Kwaliteit resulteert uit teamwerk en afstemming van competenties
Aparte inspectie van het eindproduct om de kwaliteit te garanderen	Kwaliteit ontstaat door optimalisatie van het proces, waar iedereen toe bijdraagt

Productkwaliteit ⇨ dienstverlening ⇨ kwaliteit van de organisatie en de interne processen.

3. IKZ/Totaal Kwaliteitsmanagement/TQM

De internationale norm ISO 8402 definieert TQM als volgt:
"een managementbenadering van een organisatie waarbij kwaliteit centraal staat, en die gebaseerd is op de participatie van alle werknemers, met het oog op succes op lange termijn dankzij klantentevredenheid, voordelen voor de werknemers en de maatschappij".

4. PDCA-cyclus



5. Meten is weten. Evalueren is meten

Nagaan of vooropgestelde output bereikt is.
Tevredenheidmeting: beoordeling door cliënten van de hulp- en dienstverlening op basis van hun eigen ervaringen.
Om de dienstverlening te kunnen beoordelen ga je de tevredenheid van de cliënt als norm hanteren.

Door de bevraging is er eveneens:
- betrokkenheid van de cliënten,
- communicatie tussen de cliënten en het beleid,
- preventie van klachten,
- opsporen van knelpunten, bevestiging van troeven.

Een cliëntentevredenheid:
- beperkt zich tot kwaliteit van dienstverlening,
- geeft hoge tevredenheidscores.

6. Instrumenten

Tevredenheidmeting	Periodiek/Permanent	Interview/Schriftelijk	Kwantitatief/Kwalitatief
Centraal/formeel			
Belangrijkheidmeting en tevredenheidmeting (algemeen) ('99)	periodieke bevraging	schriftelijk	kwantitatief
Patiëntenrechten ('02 - '03)	periodieke bevraging	schriftelijk	kwantitatief
	periodieke bevraging	diepte-interview	kwalitatief
Onthaal ('99 - '02 -'03)	periodieke bevraging	schriftelijk	kwantitatief
Klachtenonderzoek ('04)	periodieke bevraging	mondeling	kwantitatief/kwalitatief
Informeel of lokaal:	*Patiënt - stafoverleg*		
Ochtendvergadering	"permanent"	groep (interview)	kwalitatief
Eindgesprek	"permanent"	individueel (interview)	kwalitatief
Overleg leefgroepverantwoordelijken en hoofdverpleegkundige	"permanent (wekelijks)"	interview	kwalitatief

7. Ervaringen in Ter Dennen/Pathways

	Centraal	Patiënt - Stafoverleg
Principe	- Wat vindt de cliënt belangrijk? - Hoe beoordeelt de cliënt onze werking? - Resultaten: prioriteit wordt bepaald door beoordeling en belangrijkheid. - Dienen knelpunten verder onderzocht te worden? - Is er verbetering? Wat zijn de resultaten van onze inspanningen?	- Zijn er bijzondere gebeurtenissen? - Zijn er acute vragen? - Hoe is het ermee? - Zijn er praktische zaken? - Communicatie: 2 richtingen. - Zijn er problemen?
Pluspunten	- terug te vinden - "wetenschappelijk onderbouwd" - normen/output bepalen - normen/output meten - systematisch - doelgerichte procesbeheersing - besluiten doorheen de organisatie - cyclisch gebeuren - vrij hoge respons - gaat snel, relatief kleine investering	- sterk klachtenpreventief - betrokkenheid cliënt - kort op de bal - rechtstreekse communicatie - to the point - concreet - inhoudelijk en organisatorisch - oprechte mening
Minpunten	- discipline projectmatig werken - indien onvoldoende participatie en feedback naar de medewerkers, ver van mijn bed en - ze zien geen verband met de genomen maatregelen - niet op jongerenmaat - waarde voor de medewerker - zijn moeilijker te motiveren - terminologie/taalverschil - patiëntenrechten vs jongeren - (niet aangepast) - hoge tevredenheidscore	- verband tussen veranderingen - systematiek, brandjes blussen - sterk afhankelijk van hulpverlener - mening niet gerelativeerd - handboek
Proces	- extra inspanning - verloopt traag (participatie)	- in de werking ingebed - snelle besluitvorming

8. Besluit

- Beide bevragingen/evaluaties zijn waardevol
- Informeel gaat een pak informatie nadien verloren
- Formeel traag proces
- Kiezen is geen optie, complementariteit
- Maatregelen:
  - bewaken proces centrale bevragingen
  - meer systematiek, meer formaliseren

9. Bronnen

- VOCA, Opzetten van tevredenheidmeting, studiedagen '99
- Deloitte & Touche (1999), Inleiding tot Integrale Kwaliteitszorg

3.3 EVALUEREN VOLGENS EFQM IN DE DRUGHULPVERLENING

Veerle Raes
diensthoofd, dienst Wetenschappelijk Onderzoek en Kwaliteitszorg
De Sleutel, Gent

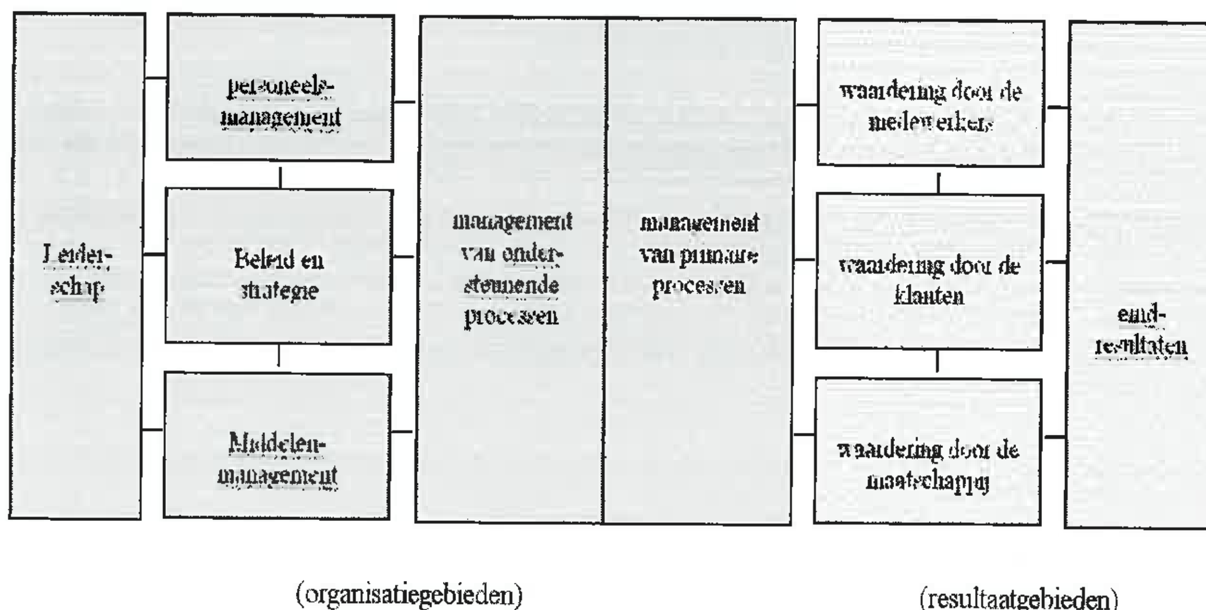
Situering EFQM

Het letterwoord EFQM staat voor "European Foundation for Quality Management" en verwijst in wezen dus eigenlijk naar een stichting die ijverde voor kwaliteitsmanagement in het algemeen. Interessant aan dit initiatief voor ons was vooral het model dat zij aanreiken om naar een organisatie te kijken. EFQM, dat ontstaan is in de commerciële sector biedt een raamkader dat op vrijwel elke organisatie -profit zowel als non-profit- van toepassing is. Vandaar dat het intussen ook al naar verschillende non-profit sectoren hertaald is.
Het EFQM-model biedt een kapstok om vat te krijgen op indicatoren waaraan de kwaliteit van een organisatie kan worden getoetst.

Twee elementen staan centraal in het EFQM-model en vormen eigenlijk de belangrijkste bouwstenen van het model:
1) het onderscheid tussen **organisatiegebieden** en **resultaatgebieden** van een organisatie, waarbij de eerste groep aangeeft naar welke gebieden we moeten kijken om de kwaliteit van de organisatie zelf te beoordelen en de tweede groep aangeeft waarnaar we moeten kijken om de kwaliteit van de resultaten van de organisatie te beoordelen.

- De organisatiegebieden die men onderscheidt zijn: *Leiderschap, Beleid en strategie, Middelenmanagement, Personeelsmanagement, Management van de* (productie)processen*:* in onze sector spreken we van *zorgprocessen*, geconcretiseerd in alle activiteiten ten aanzien van of in verband met de cliënt.
- De resultaatgebieden die men onderscheidt zijn: *Waardering door klanten/cliënten, Waardering door medewerkers, Waardering door de maatschappij, Eindresultaten.*

Schematisch wordt dit doorgaans als volgt voorgesteld:



(organisatiegebieden) (resultaatgebieden)

2) de aanname dat een kwaliteitsbeleid, de ontwikkeling van een organisatie naar 'totale kwaliteit', *gefaseerd* verloopt en parallel met het tempo waarmee alle medewerkers van een organisatie mee opgenomen zijn in het kwaliteitsstreven. Dit is maar mogelijk als alle fasen in de organisatie doorlopen zijn, zodat zelfs indien de fase van totale kwaliteit is bereikt, de organisatie ook nog kan terugvallen op alle kenmerken van voorgaande fasen. De

kenmerken van voorgaande fasen moeten dus herkenbaar zijn en herkend worden door alle medewerkers en uiteindelijk ook door de buitenwereld.
De fasen die men onderscheidt zijn: *Activiteiten georiënteerd* (o.a. gekenmerkt door probleemoplossing nàdat de problemen zich stellen), *Proces georiënteerd* (o.a. gekenmerkt door de keuze voor meten en inzicht in de processen en de samenhang van de dingen), *Systeem georiënteerd* (o.a. gekenmerkt door beheersbaarheid van de processen, doorbreken van schotten en samenwerking tussen verschillende disciplines), *Keten georiënteerd* (o.a. gekenmerkt door beheersbaarheid van de processen in relatie tot de andere partners, het zijn van een schakel in een geheel van actoren), *Totale kwaliteit* (gekenmerkt door de verankering van een proces van continue verbetering zowel intern als extern).

Evalueren

Evalueren verwijst naar meten en vergelijken. Om te evalueren moet je weten waar je nu staat, zéker op een terrein waarvoor er nauwelijks of geen standaarden bestaan. De organisatie van drughulpverlening is zo'n voorbeeld. Wanneer er nauwelijks standaarden zijn, is het niet evident hiervoor externe auditoren aan te spreken. Wat dus ook aanspreekt bij EFQM specifiek voor onze sector, is het feit dat EFQM eveneens een instrument aanreikt om aan zelfevaluatie te doen. Bij een zelfevaluatie komt het erop aan bij de eigen medewerkers na te gaan welke kenmerken, die een belangrijk onderdeel zijn voor totale kwaliteit in elk organisatiegebied, herkend worden als aanwezig in de organisatie. Immers, het volstaat niet te weten in welke fase een organisatie zich bevindt, de zichtbaarheid daarvan voor de medewerkers is minstens even belangrijk, zoniet meer doorslaggevend. De zichtbaarheid van een kwaliteitszorgbeleid staat immers ook garant voor consolidatie en automatische overdracht ten aanzien van nieuwe medewerkers en/of anderen zonder meer.

Dergelijk instrument voor zelfevaluatie werd reeds eerder ontwikkeld voor non-profit organisaties in het algemeen en voor gezondheidsinstellingen in het bijzonder. Het zelfevaluatie instrument werd verder verfijnd en op maat geschreven van de drughulpverlening, meer bepaald voor De Sleutel dat een netwerk van verschillende eenheden is met een centrale directie en centrale diensten. We lieten ons hiervoor inspireren door een analoge zelfevaluatie die men had doorgevoerd bij de medewerkers van Jellinek in Nederland én door het zelfevaluatie instrument dat men had uitgewerkt voor de drughulpverleningscentra van het "Landschaftsverein Westfalen-Lippe" in Münster Duitsland. Op basis van adviezen die we gekregen hadden op de School voor Management in Gent, werd ervoor gekozen om bij aanvang -en gezien de nood aan een basismeting omtrent waar we nu op het vlak van organisatie staan- ons te beperken tot een interne bevraging, maar wel over alle organisatie(deel)gebieden en bij alle medewerkers, maar (nog) geen afzonderlijke meting van de resultaatgebieden te voeren.

De verwerking van deze basismeting leverde ons een positiebepaling in alle organisatie(deel)gebieden, alsook het bijhorende spinnenweb dat de resultaten voor elk organisatiegebied weergeeft. Over de positiebepaling kwam ruime consensus -naar aanleiding van een consensusvergadering bij de jaarlijkse personeelsvergadering- met alle personeelsleden, wat uiteindelijk ook heeft geleid tot keuzes die gedragen zijn door eenieder in de organisatie. Na consensus werden drie prioriteiten vastgelegd voor het beleid van de komende jaren. De prioriteiten kwamen daar te liggen waar we het zwakst in scoorden: de zorgprocessen van alle deelgebieden, met name identificatie van de zorgprocessen, besturen en beheersen van de zorgprocessen, toetsing en evaluatie van de zorgprocessen, innovatie van de zorgprocessen, implementatie van veranderingen in de zorgprocessen; leiderschap: ondersteuning; beleid en strategie: communicatie.

Indicatoren en meetinstrumenten

Nog voor de ontwikkelingen specifiek rond de zelfevaluatie was er juist op het vlak van de zorgprocessen binnen De Sleutel al een stevige impuls gegeven tot het meer gebruik maken van gestandaardiseerde en gevalideerde instrumenten in de cliëntenzorg. Een mooie illustratie hiervan is de standaardintroductie van een Europ ASI-afname van alle cliënten die een hulpvraag hebben in één van de zorgeenheden van het netwerk.

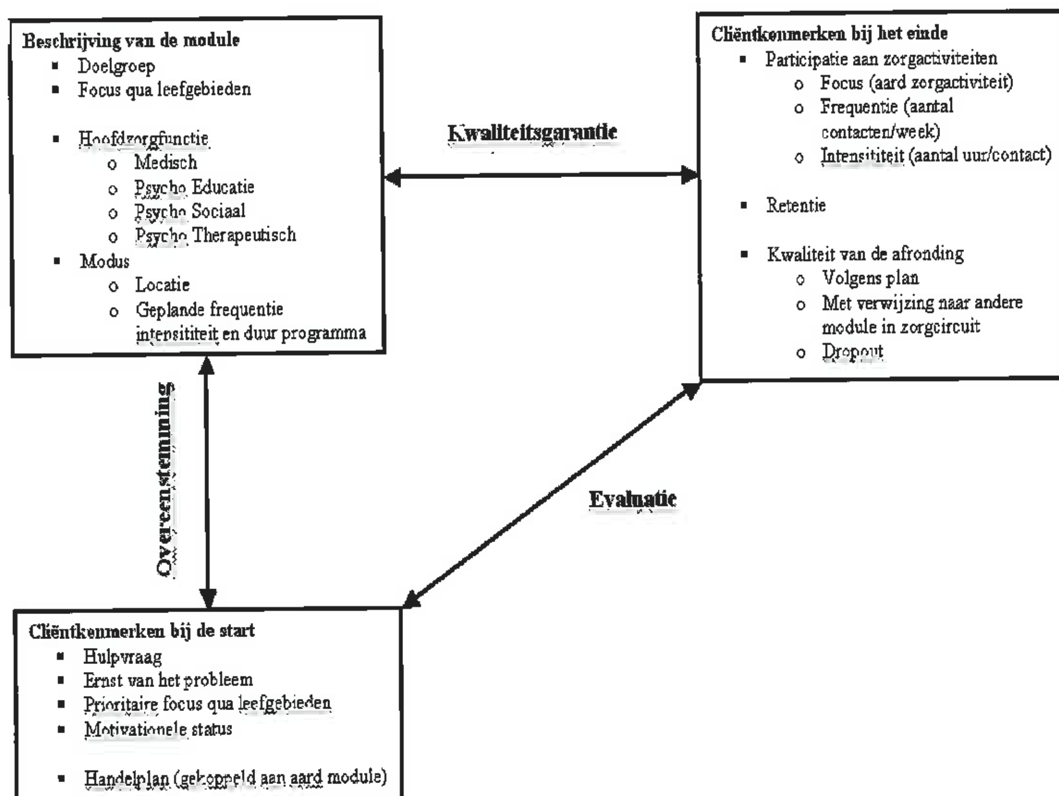
Uit de vroegere registratieinitiatieven vanuit het samenwerkingsverband met de VVBV weerhielden we de registratie van de verwijzers en van de verwijzing naar. Om het teveel aan open beëindigingen -vooral dan in de ambulante werking- tegen te gaan, werden *heldere beslisbomen* uitgewerkt wanneer en hoe een begeleiding als afgerond dient te worden beschouwd. Open eindes laten immers helemaal geen evaluatie toe.

Samen met de invoering van een *échte unieke cliëntencode* en met de standaard introductie van de Europ ASI, groeide het inzicht in de paden die cliënten -los van verwijzingen- echt doorlopen in het zorgproces. Het bijhouden van verwijzers, fijnere en meer transparante standaarden voor afronding van een behandeling of begeleiding, én dat toegenomen inzicht in de paden die cliënten effectief gaan, waren de basisingrediënten voor de uitwerking van een ander standaardinstrument, met name het *geautomatiseerd cliënten opvolgingsysteem* (dux). Via dit instrument zijn we er intussen in geslaagd eveneens een brug te slaan tussen de dagdagelijkse realiteit van cliëntenbegeleiding in de drughulpverlening enerzijds en het sessiegebonden financieringssysteem gekoppeld aan de overeenkomsten met het RIZIV anderzijds. In feite werd hiermee de basis gelegd van een *instrument voor case management*. Binnen de zorgeenheden van De Sleutel is dat alvast mogelijk. Over die grens zijn er nog weerstanden die ofwel samenhangen met de privacy wetgeving ofwel met andere weerstanden.

Parallel met de ontwikkelingen rond zelfevaluatie werden we in Oost-Vlaanderen nauw betrokken bij het zoeken naar mogelijkheden en beperkingen om *het begrippenkader* dat voor de geestelijke gezondheidszorg werd uitgewerkt toe te passen op de drughulpverlening. Dit betekende concreet voor De Sleutel dat het *zorgaanbod* voortaan niet meer beschreven wordt in termen van RIZIV-sessies of criteria van andere financieringsbronnen, maar wel hetzij *in termen van modules*, hetzij in termen van het onderscheid drugvrije behandeling/substitutiebehandeling in afbouw/ substitutiebehandeling in onderhoud en dit via een gemeenschappelijk begrippenkader voor de doelgroepbepaling (leeftijd, geslacht, ernst middel probleem, specifieke doelgroep), de focus (integrale benadering, expliciteren van de verschillende leefgebieden waarop gewerkt wordt), de doelstellingen op het niveau van de cliënt (met verwijzing naar de fasen van verandering), de moduskenmerken (locatie, tijdsduur, intensiteit, periodiciteit, beschermingsgraad, urgentiegraad, ambulant/residentieel, groep/individueel).

Het samenspel van al deze elementen en ontwikkelingen heeft ervoor gezorgd dat we bijna op een organische manier meegegroeid zijn naar een organisatie waarvan de meting van cruciale indicatoren op het vlak van de zorgprocessen gesystematiseerd is en eigenlijk standaard gebeurt aan de hand van gestandaardiseerde instrumenten.

Via de gedetailleerde beschrijving van het zorgaanbod in modules, kwam men tot betere identificatie van de zorgprocessen. Via vergelijking van het zorgaanbod over de verschillende zorgeenheden heen kwam men -althans binnen de Gentse regio waar meerdere eenheden van De Sleutel geconcentreerd zijn- tot een betere afstemming van het zorgaanbod op elkaar binnen een perspectief van zorgcontinuïteit. Dit laat een besturen en beheersen van de zorgprocessen minstens toe. Tenslotte is een beschrijving van modules in dezelfde termen als de profielkenmerken van cliënten, een eerste fundamentele stap om de zorgprocessen verder te toetsen en te evalueren. Dat is ook wat we jaarlijks proberen te illustreren via het jaarverslag.



Het proces van weerstand naar drijvende kracht

De Europ ASI

- Toen bleek dat de registratie van cliëntgegevens niet voldeed aan de kwaliteitsstandaarden om ze te gebruiken voor epidemiologische doeleinden alsook voor wetenschappelijk onderzoek, werd uitgekeken naar een instrument dat minstens dezelfde gegevens bevatte die nodig waren voor de gemeenschappelijke registratie met de collega-centra verenigd in de VVBV, een standaard was op Europees niveau om met collega-centra uit andere landen vergelijkende studies te kunnen voeren, voor de behandelaars een meerwaarde kon bieden in tegenstelling tot het pure registratiewerk voor cijfers en onderzoekers, een hulp is voor begeleiders en cliënten om structuur te geven aan het behandelings- en/of begeleidingsproces.
- Evenwel, bij het invoeren van iets nieuws is er immers altijd weerstand.
  - De invoering van de Europ ASI als standaard instrument bij intake zou hoe dan ook beter lukken als men in ruil niet meer hoefde te 'registreren'. Met het pure registratiewerk werd dus volledig komaf gemaakt. Maar dat bleek niet voldoende.
  - De afname van een Europ ASI duurt een half uur tot drie kwartier, waardoor dit niet kon afgenomen worden naar aanleiding van een eerste gesprek. Hier situeerde zich een financiële weerstand. Bij De Sleutel kon men immers maar vanaf het derde contact met een cliënt in het centrum een volwaardige RIZIV-sessie 'individueel gesprek van 1 uur' aanrekenen. Eerder de Europ ASI afnemen zou dus een financieel verlies betekenen aan de ene kant, aan de andere kant zou wachten tot het derde gesprek -voor de registratie-kwantitatief een verlies aan aantal cliënten betekenen dat beroep doet op de centra.
  - Verlies van de informatie over het proces voorafgaand aan een begeleiding: vanuit hulpverleners- standpunt is het belangrijk te weten hoeveel keer een cliënt zich aanmeldt vooraleer hij effectief een begeleiding start.
  - Twijfels aan de meerwaarde van het Europ ASI instrument.
- Met de eerste verwerkte resultaten van de Europ ASI's werd naar alle centra afzonderlijk gegaan. Het geven van deze feedback blijkt zeer belangrijk. Zaken die vroeger over het hoofd werden gezien, worden zichtbaar (omdat iedereen nu dezelfde vragen had gesteld los van de eigen stokpaardjes en/of deskundigheden). Maar ook omgekeerd, zaken waar men vroeger misschien te vanzelfsprekend het meest aandacht aan gaf, worden gerelativeerd (bijvoorbeeld te sterke focus op het psychisch emotionele, tegenover te weinig op het familiaal en/of sociaal relationele, of op het sociaal economische). Deze feedback betreft de gegevens van de eigen

cliënten op centrumniveau, maar ook het illustreren van gelijkenissen en verschillen tussen de verschillende centra binnen De Sleutel.

- Met de opleiding voor het afnemen van de Europ ASI is ook een stevige houvast gevonden om nieuwe medewerkers vertrouwd te maken met drughulpverlening.
- Intussen groeit de vraag vanwege de hulpverleners naar instrumenten die de begeleiding ondersteunen. Voor de minderjarige cliënten wordt gewerkt -in samenwerking met de Vakgroep Orthopedagogiek- aan het standaardiseren en valideren van de Adolescent Drug Abuse Diagnosis. Vanaf volgend jaar wordt ook de standaardintroductie van een gemeenschappelijk instrument dat de motivatie meet -de RCQ-D (Readiness for Change Questionnaire- Dutch translation), overwogen.

Beslisbomen als instrument voor cliëntopvolging

Voor het opvangen van de weerstanden aanvankelijk tegen Europ ASI werden compromissen gesloten. Deze compromissen resulteerden op hun beurt tot de introductie van duidelijke beslisbomen, die op hun beurt de dragers zijn van het cliëntenopvolging systeem dux en in principe case management mogelijk maken. Het cliëntenopvolging systeem en de toepassing van de conceptnota zorgcircuit middelenmisbruik, later ook buiten De Sleutel geïmplementeerd via een aangepaste Spiller, zijn op hun beurt instrumenten gebleken om anders, meer gedifferentieerd en meer genuanceerd naar het geheel van de drughulpverlening te kijken.

De conceptnota als instrument

- Het zichtbaar maken van de tekorten via de EFQM zelfevaluatie, maakte het gemakkelijker prioriteiten te leggen die gedragen werden door alle medewerkers. De terugkoppeling van de resultaten met de lage score op het vlak van de zorgprocessen, was in die zin confronterend op alle niveaus en voor elke daaraan gekoppelde bevoegdheid en verantwoordelijkheid.

- Vooraleer we zelfs maar iets zouden kunnen zeggen over de kwaliteit van de zorgprocessen was het belangrijk deze te identificeren. Het begrippenkader geestelijke gezondheidszorg met haar toepassing via de conceptnota zorgcircuit middelenmisbruik kwam in die zin als geroepen. Dit instrument bracht een gemeenschappelijke taal in het netwerk van de drughulpverlening, waardoor vergelijken en afstemmen mogelijk werd:
  ° een fijnere doelgroepomschrijving in plaats van het zeer algemene "verslaafden",
  ° een nauwkeuriger opgave van het te bereiken doel in plaats van het veraf gelegen einddoel "drugvrij".
  Specifiek voor De Sleutel betekende dit ook een kans om los te komen van de hardnekkige eenzijdige identificatie met de drugvrije therapeutische gemeenschap. Sommigen blijven de organisatie daarop vastpinnen, hoewel het enkel één onderdeel is in het totaalaanbod van De Sleutel.
- Ook het gebruiken van dat instrument om de eigen zorgprocessen te beschrijven is niet evident geweest en ook hier zijn er nogal wat weerstanden te overwinnen geweest. Weerstanden die soms te maken hadden met de aanvankelijk vooral Oost-Vlaamse input, onzekerheden in samenhang met transparantie, de vraag of er nog een weg terug was eenmaal het totaalaanbod binnen elke zorgeenheid in die terminologie beschreven werd, de ommekeer naar een denken vanuit cliëntprofielen in plaats van vanuit klinische teams en/of het zorgaanbod, het gegeven dat het voor cliënten een vrij abstracte taal blijft, de praktijk waarbij een cliënt in meerdere modules tegelijk kan zitten, de praktijk waarbij de module waarin een cliënt een begeleiding had gevolgd, maar achteraf werd toegekend.
- Ook hiervoor werd met de eerste verwerkte resultaten van het situeren van cliënten in modules naar alle zorgeenheden afzonderlijk gegaan. Bedoelde en niet bedoelde paden van cliënten kwamen hierdoor aan het licht en voor het eerst kon worden vastgesteld of de modules wel degelijk cliënten met verschillende profielen groepeerden. Ook werd duidelijk in welke modules cliënten terechtkwamen. Cliënten konden worden ingedeeld in dezen die via een meer uitgebreide oriëntatie in een module terechtkomen en dezen die rechtstreeks naar een module doorstromen. Vandaag is er een duidelijke evolutie merkbaar naar meer gerichte verwijzing op indicatie naar specifieke modules, afhankelijk van de cliëntprofiel gegevens en de focus(sen) van elke module. Zoals hoger al vermeld zullen we binnenkort naast het Europ ASI instrument ook een instrument invoeren dat de fase van verandering meet bij de cliënten aan het begin van een begeleiding. Naast de prioritaire focus hopen we aldus ook het te bereiken doel op het niveau van de cliënt meer af te stemmen op de huidige motivatie status van elke cliënt en ook op dat vlak gerichter te verwijzen naar specifieke modules.

Integratie van EFQM en evaluatie van de zorgprocessen

Via het EFQM model hebben we kunnen vaststellen voor welke resultaatgebieden we over gegevens beschikken, met inbegrip van het inzicht in de aard, de kwaliteit en het detail van de gegevens waarover we beschikken, alsook voor welke resultaatgebieden we niet over gegevens beschikken. Hoewel we op het vlak van cliëntenzorg de laagste score haalden vanuit de zelfevaluatie in het EFQM model, blijkt dat de zorgprocessen wel het best gedocumenteerd zijn totnogtoe.
Bij de evaluatie maken we onderscheid tussen:

Indicatoren voor waardering door klanten
Zowel cliënten als verwijzers worden beschouwd als klanten die beroep doen op het zorgaanbod. Waardering door cliënten wordt afgetoetst op basis van het aantal unieke personen dat beroep doet op één of meerdere onderdelen van het totale zorgaanbod, hun verdere doorstroom doorheen de modules, het beroep dat gedaan wordt op meerdere zorgeenheden van De Sleutel.
Waardering door verwijzers wordt getoetst op basis van het aantal verwijzingen vanuit de mantelzorg, de professionele hulpverlening, de justitiële sector en het aantal terugverwijzingen naar de mantelzorg, de professionele hulpverlening.

Indicatoren voor waardering door medewerkers
Op dit terrein blijken we in de organisatie minder over gesystematiseerde informatie te beschikken. Tot dusver kan deze waardering enkel worden getoetst op basis van de participatie aan afdelingsoverstijgende inhoudelijke werkgroepen en op basis van participatie aan initiatieven van deskundigheidsbevordering.

Indicatoren voor waardering door de maatschappij
De belangrijkste uiting van waardering door de maatschappij is in wezen te situeren in de erkenningen en financiering via diverse kanalen, met het RIZIV en de bevoegde overheid voor initiatieven van Bijzondere Jeugdzorg als hoofdrolspeler. Daarnaast wordt de integratie in diverse aangrenzende initiatieven eveneens als indicator van waardering door de maatschappij gezien: integratie in werkgelegenheidsinitiatieven, integratie in Europese initiatieven voor onderzoek en/of preventie.

Indicatoren voor eindresultaten
De analysemogelijkheden (zie schema) vormen de vertrekbasis voor de evaluatie van de eindresultaten. We gaan na:

- of en in welke mate de profielen van de cliënten na indicatiestelling op basis van de Europ ASI in overeenstemming is met de doelgroepbeschrijving van de module waarin de cliënt een begeleiding volgde (overeenstemming),
- of en in welke mate de cliënten participeerden aan de verschillende types zorgactiviteiten overeenkomstig hun profiel en het zwaartepunt van elke module (kwaliteitsgarantie),
- of, hoe en in welke mate de cliënten in elke module de begeleiding opvolgden overeenkomstig de voorziene duur en planning van het aanbod (evaluatie).

Deze jaarlijkse toets vormt op haar beurt telkens een stevige introspectie om de sterke en de zwakke kanten van de organisatie te kennen. De zelfevaluatie bracht heel duidelijk de noden op het vlak van management van de zorgprocessen aan het licht. Door ze aan het licht te brengen werd gerichte bijsturing mogelijk. Intussen zijn we ons ervan bewust dat andere organisatiegebieden naar analogie eveneens zouden moeten worden doorgelicht, bij voorkeur op basis van instrumenten, wat meten en bijsturing mogelijk maakt.
Een kwaliteitszorgbeleid, evalueren in het algemeen -al dan niet via EFQM- is immers altijd een proces dat nooit stopt en met als doel dat iedereen er beter van wordt: de cliënten waarvoor we de zorg organiseren, maar ook de medewerkers en de maatschappij.

3.4 Ervaringen van een wetenschappelijk onderzoeker bij evaluatieonderzoek in de alcohol- en drughulpverlening

Joke De Wilde
wetenschappelijk medewerker/doctoraatsstudent
Vakgroep Orthopedagogiek, UGent

Evaluatie van de behandeling vormt een steeds belangrijker onderzoeksdomein in de alcohol- en drughulpverlening. De mening van cliënten mag daarbij niet vergeten worden. Hun tevredenheid over het hulpverleningsaanbod geeft immers een indicatie voor de kwaliteit van de zorg. Nagaan wat cliënten vinden van de verkregen hulp en hoe zij die hulp waarderen, impliceert ook de vraag naar hun huidige zorgbehoeften en wat zij veranderd willen zien. Vanuit de vakgroep Orthopedagogiek wordt een aantal onderzoeken uitgevoerd waarbij de cliënten zelf aan het woord worden gelaten. Dergelijk onderzoek houdt echter ook een aantal valkuilen in.

In de sessie "Evalueren in de alcohol- en drughulpverlening: een blik op de praktijk" vertel ik mijn ervaringen bij het opstellen, uitvoeren en rapporteren van tevredenheids- en behoefteonderzoek.

- In het eerste onderzoek werd gebruik gemaakt van focusgroepen om druggebruikers te bevragen. Deze onderzoeksmethodiek is bruikbaar gebleken om te peilen naar hun zorgbehoeften en hun tevredenheid, maar houdt ook een aantal nadelen in.
- In een tweede onderzoek worden vrouwen aan het woord gelaten over hun ervaringen met de hulpverlening, meer bepaald over de drempels die zij ondervinden in hun stap naar de hulpverlening. Er wordt gebruik gemaakt van interviews. Daarbij dient een aantal zaken bewaakt te worden.

Een belangrijke voorwaarde om ons onderzoekswerk goed te kunnen uitvoeren, is een vlotte communicatie met de voorziening waar we cliënten wensen te rekruteren. Het ganse team moet op de hoogte worden gebracht en de betrokken partijen moeten hun toestemming geven. Vooraleer te starten, is een duidelijke omschrijving van het onderzoek noodzakelijk: op wat voor manier wensen we te werk te gaan en welke zijn de vooropgestelde doelen? Deze manier van werken moet ook toelaten dat het onderzoek bijtijds wordt bijgestuurd.

Bij de bevraging van cliënten moeten de vragen kort en eenvoudig worden gehouden. Mogelijk verstaan cliënten iets anders dan jij bedoelt. Bovendien dien je je bij een behoefteonderzoek ervan bewust te zijn dat niet iedereen in staat is om zijn hulpvraag of zorgbehoefte te verwoorden. Veel cliënten formuleren hun hulpvraag in termen van het bestaande aanbod of zijn zich niet bewust van hun zorgbehoeften.

Op het niveau van de voorzieningen bevinden zich ook een aantal knelpunten. Het uitvoeren van onderzoek vergt vaak extra werk van de stafleden. Meestal lopen ook verschillende onderzoeken tegelijkertijd, waardoor deze belasting nog vergroot wordt. Hier bevinden we ons op het spanningsveld klinisch werk versus onderzoekswerk. Onderzoek geeft voorzieningen de mogelijkheid om te reflecteren over hun werking en om kritisch te zijn. Bovendien laat het toe om te vergelijken met andere voorzieningen en/of landen.

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen een onderzoeksvraag gesteld door de voorziening of gesteld door een externe onderzoeker. Aan beide zijn voor- en nadelen verbonden. Als externe onderzoeker heb je het voordeel van de onafhankelijkheid en de objectiviteit. Het nadeel is dat je de voorziening minder goed kent en cliënten moeilijker kan bereiken.

In de discussie wensen we het spanningsveld tussen de voorzieningen, de onderzoekers en het beleid aan te kaarten.

10 jaar DrugLijn, 5 weetjes

Vijfde weetje

Is praten met de DrugLijn de eerste stap?

Voor nogal wat bellers met hulp- of adviesvragen is praten met de DrugLijn in elk geval een eerste drempel die overwonnen wordt. Waar nodig probeert de DrugLijn de doorstroom naar de hulpverlening mogelijk te maken.
Een paar cijfers ter illustratie:
de DrugLijn verwijst in 47% van alle gesprekken door. Zo werden in 2003 in totaal meer dan 3.500 adressen meegegeven aan de bellers (vaak krijgt de beller meer dan één adres mee).

Voor de doorverwijzingen beroept de DrugLijn zich op haar eigen adressenbestand op maat, dat door de jaren heen ontwikkeld werd. Het bevat de adressen van 377 hulpverlenende instanties en preventiediensten. De adressen worden continu geactualiseerd en tweejaarlijks wordt elk van hen gecontacteerd om aan de hand van een vragenlijst te controleren of de beschikbare informatie nog up-to-date is.



IV. ILLEGALE DRUGS EN OVERHEIDSUITGAVEN: WELKE KEUZES MAKEN?

DRUGBELEID IN CIJFERS. EEN STUDIE NAAR BETROKKEN ACTOREN, OVERHEIDSUITGAVEN EN BEREIKTE DOELEINDEN

Em. prof. dr. Joris Casselman
psychiater, criminoloog
voorzitter Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG)

Kim Geenens
wetenschappelijk medewerker
Institute for International Research on Criminal Policy (IRPC), UGent

Als inleiding op het debat op 18 november 2004 worden de belangrijkste resultaten voorgesteld van een onderzoek dat liep van april 2001 tot oktober 2003 in opdracht van het Federaal Wetenschapsbeleid en dat werd uitgevoerd door drie onderzoeksteams, respectievelijk van de UGent, de KULeuven en de ULB. De referentie van het eindrapport dat in 2004 werd gepubliceerd is: De Ruyver, B., Pelc, I., Casselman, J., Geenens, K., Nicaise, P., From, L., Vander Laenen, F., Meuwissen, K., Van Dyck, A., *Drugbeleid in cijfers.* Een studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doeleinden. *La politique des drogues en chiffres. Une étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes.* Gent, Academia Press, 2004.

Het onderzoek heeft vooreerst alle direct en indirect betrokken actoren bij het Belgisch drugbeleid geïnventariseerd. Daarna werden de financieringsbronnen door de verschillende overheden in kaart gebracht en werden de overheidsuitgaven voor de aanpak van het illegaledrugprobleem berekend en dit op de diverse beleidsniveaus (met name op federaal, gewestelijk, gemeenschaps-, provinciaal en lokaal niveau). Indien precieze cijfergegevens ontbraken, werden de overheidsuitgaven zo goed als mogelijk ingeschat aan de hand van verdeelsleutels. De gegevens werden ondergebracht in vijf sectoren: 'beleid', 'onderzoek', 'preventie', 'hulpverlening' en 'veiligheid'. Tenslotte werd nagegaan welke doelgroepen werden bereikt.
Om de evolutie in de overheidsuitgaven na te gaan werd in het onderzoek gekozen voor vier tijdsmetingen: 1993, 1995, 1998 en 2002. Dit laatste is het meest recente jaar waarvoor gegevens beschikbaar waren tijdens het verloop van het onderzoek. De overheidsuitgaven werden tevens getoetst aan de relevante beleidsdocumenten.
De gehanteerde methodologie inzake de berekening van de overheidsuitgaven is gebaseerd op het methodologisch kader zoals uitgewerkt door Kopp in opdracht van de Pompidou-groep (Kopp, P., *Calculating the social cost of illicit drugs. Methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances*, Pompidou Group, Council of Europe Publishing, 2001, 108 p.).

Hierna volgt een selectie van enkele onderzoeksresultaten die tijdens de voorstelling op 18 november zullen toegelicht en aangevuld worden.

1. De drugspecifieke beleidsdocumenten (Actieplan Toxicomanie-Drugs van 1995, Verslag van de Parlementaire werkgroep drugs van 1996-'97, Federale beleidsnota drugs van 2001) hebben een merkbaar effect gehad op het drugbeleid zoals het tot uiting komt in de overheidsuitgaven, maar ook andere niet drugspecifieke beleidsthema's hebben deze overheidsuitgaven beïnvloed (Pinksterplan van 1990, Globaal Plan van 1993, Meerjarenplan voor Justitie van 1993, Octopushervormingen vanaf 1998).

2. Van 1993 tot 2002 stijgen de overheidsuitgaven voor alle sectoren, behalve voor de sector veiligheid waarover we geen uitspraken kunnen doen in deze context. Onderzoek is de snelst groeiende sector (maal 6,7), gevolgd door de sector preventie (maal 4,7), de sector beleid (maal 3) en tenslotte de sector hulpverlening (maal 2).

3. De versnipperde financiering van het drugbeleid wordt bevestigd en dit zowel voor de verschillende sectoren als voor de verschillende beleidsniveaus.

4. Anno 2002 komen de meeste middelen voor de financiering van de sectoren van het federale niveau, met uitzondering van de preventiesector.

5. Er worden in 2002 meer middelen geïnvesteerd in de aanpak van de aanbodzijde (de sector veiligheid) dan in de aanpak van de vraagzijde (preventie en hulpverlening samen). De verdeling van de overheidsuitgaven in 2002 voor de sector veiligheid is 54%; voor de sector hulpverlening 38% en voor de sector preventie 4%. In navolging van de beleidsprioriteiten, namelijk preventie gevolgd door hulpverlening en pas dan repressie, is het dan ook noodzakelijk te werken aan een meer evenwichtige financiering van de verschillende sectoren binnen het drugbeleid.

6. Het is wenselijk dat de hulpverleningsdiensten die instaan voor de opvang van de door justitie doorverwezen cliënten een grotere en meer structurele financiële ondersteuning krijgen.

7. In 2002 werden de overheidsuitgaven geschat op 18,03% euro per inwoner of nog anders uitgedrukt: 0,071% van het Bruto Binnenlands Product (BBP).